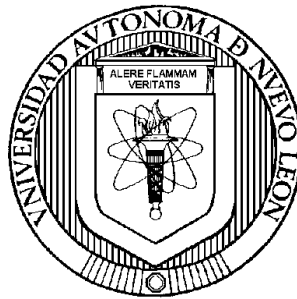


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



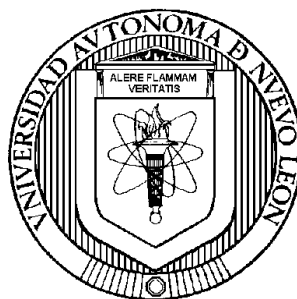
INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Por

MCE. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

AGOSTO, 2012

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



INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Por

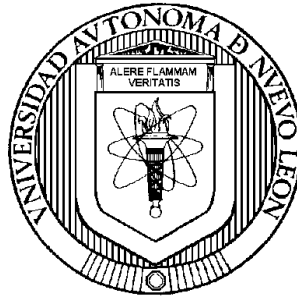
MCE. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

Director de Tesis

RAQUEL BENAVIDES TORRES Ph.D.

AGOSTO, 2012

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



INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Por

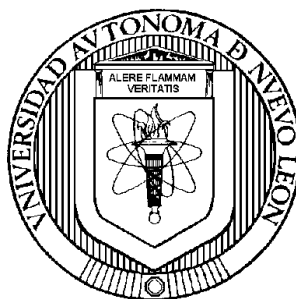
MCE. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

Co-Director de Tesis

DRA. FUENSANTA LÓPEZ ROSALES

AGOSTO, 2012

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



INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Por

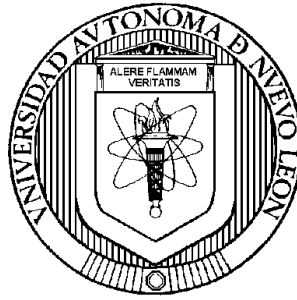
MCE. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

Co-Director de Tesis Externo

DR. VÍCTOR M. GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ

AGOSTO, 2012

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



INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Por

MCE. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph.D.

AGOSTO, 2012

INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL
ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
VIH/SIDA

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
Director de Tesis y Presidente

Dra. Yolanda Flores Peña
Secretario

Dra. Fuensanta López Rosales
1er Vocal

Dr. Víctor M. González y González
2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimiento

Al Rector, Dr. Sergio Augusto López Peña de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Doctorado.

Al Secretario de Salud del Estado de Campeche, Dr. Alfonso Cobos Toledo, por al apoyo ofrecido para poder culminar mis estudios de doctorado.

Al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, Director de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado y a la Dra. Bertha Cecilia Salazar González, Secretario de Programas de Doctorado, por su liderazgo para mantener el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en el padrón de excelencia del CONACyT.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y A la Secretaría del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), por la beca proporcionada para la realización de mis estudios y tesis doctoral.

A mi directora de tesis, la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por haber sido parte importante durante mi formación en el doctorado. Gracias por haber confiando en mi capacidad para realizar el presente trabajo, por compartir sus conocimientos y por estar disponible en todo momento que necesite de su apoyo y guía.

A la Dra. Fuensanta López Rosales, gracias por su invaluable apoyo y contribución a mi proyecto de tesis doctoral y sobre todo por estar conmigo en los momentos más difíciles que necesite palabras de aliento.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez, por su enseñanza en estadística y por ayudarme en la obtención e interpretación de los datos de mi Tesis.

A la Dra. Yolanda Flores Peña, quien me brindo apoyo incondicional en todo momento y orientación sobre mi trabajo de tesis.

Al Dr. Carlos Medina de la Garza, Director del Centro de Investigación y Desarrollo de Ciencias de la Salud, por permitirme participar en las actividades de actualización realizadas en las instalaciones.

Al Dr. Víctor M. González y González, Jefe del Departamento Académico de Computación. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), por la asesoría y guía brindada para la realización de la plataforma educativa “Conéctate”.

Al Dr. Antonio Medina Rivilla. Director del Departamento de Didáctica, Organización Escolar y Didácticas Especiales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), a quien agradezco por haberme recibido y asesorado durante mi estancia de investigación en España.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por haber sido un apoyo en mi último año de doctorado, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias.

A la Diputada Martha Albores Avendaño, por su apoyo y gestiones para realizar mis estudios de doctorado. Por ser un ejemplo de tenacidad y amor a la profesión.

A los directivos de la Escuela y Preparatoria Técnica Medica de la UANL: Dr. Aureliano Valdés Flores y a la Dra. Olga María Zapata García, quienes permitieron realizar el estudio en sus instalaciones y por el apoyo e interés brindado durante todo el proyecto.

A las Dras. Alicia Álvarez Aguirre, Yolanda Bañuelos Barrera, Rosa Cruz Castruita y a la Mtra. Teresa Salas por compartir conmigo sus conocimientos y amistad.

Al Ing. M. Adrián Abril Russo, gracias por su apoyo incondicional, por haber trabajado arduamente en la plataforma educativa “Conéctate”.

A mis compañeros de doctorado Nora A. Armendáris, Manuel A. López Cisneros y José Martín Castro Espinoza, con quienes viví tantos momentos inolvidables en estos tres años, fue una experiencia enriquecedora.

A los adolescentes que se interesaron en participar en el proyecto, gracias por su contribución al estudio.

Dedicatorias

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por fortalecer mi corazón y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mis estudios.

A Julián A. Cruz Castillo, quien es la razón de este esfuerzo, su amor me impulsó en los momentos más difíciles y me permitieron llegar hasta el final cumpliendo mi meta. Gracias por comprender nuestra separación, eres mi mayor orgullo. Te amo hijo.

A mis padres Reyna Arcos López y Alberto Castillo Polanco por su ejemplo de lucha y honestidad. Este triunfo se los debo a ellos, nunca acabaré de agradecerles lo que por ustedes, ahora soy.

A mis hermanos Maribel, Wilberth, Alaín y a mis sobrinos quienes me han inundado la alegría de vivir y aún en la distancia siempre han estado conmigo.

A Sara Arcos López por apoyarme siempre para llevar a cabo todos mis sueños e impulsarme para lograrlos. Le doy gracias a dios por ponerla en mi vida. Gracias por sus consejos, por el amor que me ha dado y por su apoyo incondicional en mi vida.

A Hernán Castillo Fernández gracias por compartir esta etapa tan importante de mi vida, por tu paciencia y comprensión. Eres parte de este éxito.

A mi familia por estar siempre en los momentos importantes de mi vida. Me han enseñado a enfrentar las adversidades sin desfallecer en el intento, gracias por su motivación y optimismo.

A Guadalupe Ruiz Hernández por su gran calidad humana, apoyo incondicional, alegría y ánimo contagioso que no me dejaron desfallecer; por ser ante todo una amiga incondicional, te quiero hermana.

A la M.C.E. Ana Luisa Ramos Esquivel y a la Lic. Selene Ramos Esquivel por todo su apoyo y cariño en estos años que hemos convivido, Además, de su amistad que hacen de la vida un toque especial y una experiencia enriquecedora en cada vivencia que

compartimos.

A María Luisa Ramos Esquivel gracias por adoptarme como una más de sus hijas y por estar conmigo todo este tiempo. Siempre le llevaré en mi corazón.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente	23
Competencia Social	24
Estudios Relacionados	26
Síntesis de la Revisión Bibliográfica	53
Hipótesis	54
Definición de Términos	55
Capítulo II	
Metodología	58
Diseño del Estudio	58
Población, Muestreo y Muestra	59
Criterio de Exclusión	59
Mediciones e Instrumento	59
Procedimiento del Diseño de la Intervención Semi-presencial “Conéctate: Un Programa Sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”	66
Procedimiento del Estudio	69
Tratamiento del Grupo Experimental – Programa Educativo “Conéctate: Un Programa Sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”	70
Tratamiento del Grupo Control	71

Contenido	Página
Minimización de Amenaza a la Investigación	71
Consideraciones Éticas	74
Análisis Estadístico	75
Capítulo III	
Resultados	76
Intervención, Conéctate: Un programa de sexualidad responsable en Jóvenes	76
Resultado de las Modificaciones Realizadas a la Página Web, Plataforma Educativa y Sesiones “Conéctate”	81
Diagrama de la Progresión del Diseño de la Intervención	90
Estadística Descriptiva	90
Distribución de las Variables	98
Consistencia Interna de los Instrumentos	100
Confiabilidad y Validez de los Instrumentos Adaptados	113
Distribución Diferencial de Medias	114
Estadista para Probar las Hipótesis del Estudio	122
Capítulo IV	
Discusión	180
Limitaciones	190
Conclusiones	190
Recomendaciones	193
Referencias	194
Apéndices	
A. Escala de Complacencia Social de Marlon-Crowne	212
B. Cédula de Datos	214

C. Escala de Incertidumbre Sexual	217
D. Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH	219
E. Escala de Afrontamiento Jalowiec	221
F. Escala de Provisión Social para Sexo Seguro	230
G. Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, SIDA e ITS	245
H. Escala de Autoestima de Rosenberg	248
I. Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA	250
J. Escala de Resiliencia para Sexo Seguro	254
K. Escala de Conducta Sexual (Mujer)	258
L. Escala de Conducta Sexual (Hombre)	265
M. Intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”	272
N. Consentimiento Informado del Padre de Familia - Prueba Piloto	273
O. Asentimiento Informado para el adolescente - Prueba Piloto	277
P. Manual de Implementación	279
Q. Contenido Temático de Sesiones	280
R. Consentimiento Informado del Padre de Familia - Experimental	281
S. Consentimiento Informado del Padre de Familia - Control	285
T. Asentimiento Informado para el Adolescente - Experimental	288
U. Asentimiento Informado para el Adolescente - Control	290
V. Resultados de la Validación de los Instrumentos Adaptados	292

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Diseño cuasiexperimental dos grupos, tres mediciones	59
2 Características sociodemográfica por grupo control y experimental	91
3 Estadística descriptiva de las variables que integran los factores de riesgo grupo control	92
4 Estadística descriptiva de las variables que integran los factores de riesgo de grupo experimental	93
5 Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual grupo control	93
6 Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual grupo experimental	94
7 Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección individual al riesgo sexual grupo control	94
8 Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección individual al riesgo sexual grupo experimental	96
9 Estadística descriptiva para las variables que integran el factor resultado grupo control	97
10 Estadística descriptiva para las variables que integran el factor resultado grupo experimental	97
11 Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de riesgo	98
12 Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual	99
13 Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de	99

protección individual al riesgo sexual	
14 Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran el factor resultado	100
15 Consistencia Interna de los instrumentos	101
16 Varianza de los factores de la Subescala Apoyo Familiar	103
17 Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo familiar	104
18 Varianza de los factores de la Subescala Apoyo de los Amigos	105
19 Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo de los Amigos	106
20 Varianza de los factores de la Subescala Apoyo del Proveedor de Salud	107
21 Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo del Proveedor de Salud	107
22 Varianza de los factores de la Subescala Apoyo de la Pareja	109
23 Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo de la Pareja	109
24 Varianza de los factores de la Escala de Resiliencia para Sexo Seguro	111
25 Ítems y cargas de los factores de la Escala de Resiliencia para Sexo Seguro	112
26 Confiabilidad de las escalas Provisión Social para Sexo Seguro y Resiliencia para Sexo Seguro	113
27 Estadística descriptiva de incertidumbre sexual para el grupo control y experimental	115
28 Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo sexual	116
29 Estadística descriptiva de afrontamiento emotivo para el grupo control e intervención	116
30 Prueba t Student para los factores de protección del riesgo sexual	117

31 Estadística descriptiva del apoyo familiar para la conducta sexual segura para el grupo control e intervención	118
32 Prueba U de Mann-Withney para los factores de protección del riesgo sexual	118
33 Prueba U de Mann-Withney para los factores de protección del riesgo sexual	119
34 Estadística descriptiva para las variables afrontamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH y autoeficacia para conducta sexual segura para el grupo control e intervención	120
35 Prueba U de Mann-Withney para el factor resultado	122
36 Estadística descriptiva de resiliencia sexual para el grupo control e intervención	122
37 Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variables incertidumbre sexual preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual e incertidumbre sexual postintervención	123
38 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de incertidumbre sexual preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la incertidumbre sexual postintervención	124
39 Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variable invulnerabilidad al VIH preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual e invulnerabilidad al VIH postintervención	126
40 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de invulnerabilidad al VIH preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la invulnerabilidad al VIH postintervención	127
41 Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variable afrontamiento defensivo preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual y afrontamiento defensivo postintervención	128

42	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo, experiencia sexual y afrontamiento defensivo preintervención en el afrontamiento defensivo postintervención	129
43	Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variables apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención, edad, género, experiencia sexual, grupo y apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención	130
44	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención	131
45	Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables apoyo social para conducta sexual segura preintervención, edad, género, experiencia sexual, grupo y apoyo social para conducta sexual segura postintervención	132
46	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de apoyo social para conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el apoyo social en la conducta sexual segura postintervención	133
47	Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual y conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención	134
48	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención	135

49 Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables género, edad, grupo experiencia sexual en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA	136
50 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA	137
51 Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables afrontamiento positivo preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual y afrontamiento positivo postintervención	137
52 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de afrontamiento positivo preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el afrontamiento positivo postintervención	138
53 Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo, experiencia sexual y la diferencia de total de afrontamiento positivo	139
54 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo, experiencia sexual en la diferencia del total de afrontamiento positivo	140
55 Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables autoestima preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual y autoestima postintervención	140
56 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de autoestima preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el autoestima postintervención	141
57 Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual y autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención	142

58	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención	143
59	Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo y experiencia sexual en la diferencia de total de autoeficacia para la conducta sexual segura	144
60	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la autoeficacia para la conducta sexual segura	145
61	Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables resiliencia sexual preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual y resiliencia sexual postintervención	146
62	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de resiliencia sexual preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la resiliencia sexual postintervención	146
63	Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo, experiencia sexual y resiliencia sexual	147
64	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la resiliencia sexual	148
65	Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables conducta de riesgo sexual preintervención, edad, género, experiencia sexual, grupo y conducta de riesgo sexual postintervención	149
66	Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la conducta de riesgo sexual preintervención, edad, género, experiencia sexual y grupo en la conducta de riesgo sexual postintervención	150

67 Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables edad, género, experiencia sexual, grupo y la diferencia del total de conducta de riesgo sexual	150
68 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la edad, género, experiencia sexual y grupo en la diferencia del total de la conducta de riesgo sexual	151
69 Test Multivariado de experiencia sexual, grupo, género y edad	152
70 Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de experiencia sexual, grupo, género y edad en la resiliencia sexual y la conducta sexual de riesgo	153
71 Test Multivariado de experiencia sexual, grupo, género y edad	153
72 Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de experiencia sexual, grupo y edad en la resiliencia sexual y la conducta de riesgo sexual	154
73 Coeficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado resiliencia sexual	157
74 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual	158
75 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual "Método Backward"	160
76 Coeficientes de los factores de riesgo, factores de protección en el factor resultado conducta de riesgo sexual	162
77 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la diferencia del total de conducta de riesgo sexual	163
78 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los	164

factores de riesgo y factores de protección en la conducta de riesgo sexual	
79 Test Multivariado de los factores de riesgo y los factores de protección	165
80 Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de los factores de protección y los factores de riesgo en la resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo	166
81 Test Multivariado de intercepto, experiencia sexual, edad y la autoeficacia para la conducta sexual segura	168
82 Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual y la conducta de riesgo sexual	169
83 Coeficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado resiliencia sexual	171
84 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual	172
85 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual "Método Backward"	174
86 Coeficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado conducta de riesgo sexual	176
87 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la conducta de riesgo sexual	177
88 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la conducta de riesgo sexual "Método Backward"	179

Lista de Figuras

Figura	Página
1 Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor de Riesgo	19
2 Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor Protector	20
3 Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor Resultado	21
4 Esquema de Relación de Conceptos - Modelo Resiliencia Sexual en el Adolescente	22
5 Página de Inicio	77
6 Información Página de Inicio	78
7 Información del Proyecto “Conéctate”	78
8 Componentes de la Plataforma Educativa	79
9 Sesiones de la Plataforma Educativa “Conéctate”	80
10 Sesión 7 “Valorándome	80
11 Página de Inicio “Conéctate: Un Programa Sobre Sexualidad Responsable En Jóvenes”	82
12 Menú Principal de la Página de Inicio	82
13 Sistema de Correos Electrónicos	83
14 Información General del Proyecto	83
15 Entrar a Sesión de “Conéctate”	84
16 Página Principal de la Plataforma Educativa “Conéctate”	85
17 Sesiones de la Plataforma Educativa	85
18 Componentes de la Sesión 2	86
19 Repositorio de Información en Salud para las Sesiones 2 y 3	86
20 Comienzo de las Actividades	87

21 Tema y Subtema de la Sesión	88
22 Actividades Interactivas	88
23 Actividad de la Sesión 3	89
24 Fin de la Actividad B de la Sesión 5	89
25 Diagrama de la Progresión de los Participantes a través de la Intervención	90

RESUMEN

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Fecha de graduación: Agosto, 2012

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: INTERVENCIÓN POR INTERNET BASADA EN LA RESILIENCIA DEL ADOLESCENTE PARA PREVENIR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA VIH/SIDA

Número de Páginas: 322

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: VIH/SIDA en grupos vulnerables

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue diseñar, implementar y evaluar la efectividad de una intervención basada en un modelo de resiliencia a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en adolescentes. Se plantearon siete hipótesis: 1) Los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron, posterior a la intervención; 2) Los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de invulnerabilidad al VIH y afrontamiento defensivo que los que no participaron, posterior a la intervención; 3) Los adolescentes que participaron en la intervención perciben mayor apoyo familiar y social para la conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención; 4) Los adolescentes que participaron en la intervención tienen mayor conocimiento sobre VIH/SIDA, afrontamiento positivo al riesgo sexual, autoestima y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención; 5) Los adolescentes que participaron en la intervención reportan mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron, posterior a la intervención; 6) El efecto de la intervención está moderado por el género, la edad y la experiencia sexual del adolescente; 7) Los factores de riesgo sexual y los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual del adolescente. Se utilizó como guía el Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente. El diseño fue cuasi-experimental, con dos grupos, control (n = 96) y experimental (n = 97); con un tamaño de muestra de 193 adolescentes de 14 a 17 años, calculado para un modelo de Regresión Lineal Múltiple con 14 variables para un coeficiente de determinación entre medio y alto (Cohen, 1983) de

$R^2 = .12$ y un poder del 90%. Se consideró que existiría una deserción del 20%. El muestreo fue por conglomerados unietapico por grupo. El tratamiento consistió en una intervención de 8 sesiones, 2 presenciales y seis por Internet. La intervención fue diseñada por un equipo de expertos de enfermería, psicología, educación e interacción humano computadora. Para la medición de las variables de estudio se utilizaron diez instrumentos, los cuales presentaron valores de confiabilidad y validez aceptables, fueron aplicados online a través de la plataforma de Suveymonkey. Para verificación de las siete hipótesis planteadas se usaron correlación de Pearson, Modelos de Regresión Lineal Múltiple y Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado, se controló el efecto de la intervención con la variable grupo.

Contribución y Conclusiones: Con base a la comprobación de la hipótesis uno se puede concluir que los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron ($F_{[5,137]} = 11.832, p = .001$). En relación a la hipótesis dos se encontró que los adolescentes del grupo experimental no tuvieron menores niveles de invulnerabilidad al VIH pero si disminuyeron el uso de los estilos de afrontamiento defensivo ($F_{[5,136]} = 17.956, p = .001$), por lo que la hipótesis se aceptó parcialmente. La hipótesis tres se rechazó, al observar que no hubo efecto en los grupos en relación al apoyo familiar y social para conducta sexual segura. Por lo que, no se consideró que fuera mejor el grupo experimental que el grupo control. En relación a la hipótesis cuatro, los resultados muestran que los adolescentes del grupo experimental no aumentaron el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA ni de autoestima posterior a la intervención. Sin embargo, aumentaron el afrontamiento positivo al riesgo sexual ($F_{[5,136]} = 18.197, p = .001$) y la autoeficacia para conducta sexual segura ($F_{[4,136]} = 2.546, p < .04$), por tanto, la hipótesis se aceptó parcialmente. En cuanto, a la hipótesis cinco los resultados reportaron que la resiliencia sexual aumentó en los adolescentes del grupo experimental ($F_{[4,135]} = 4.485, p = .001$), en cambio la variable conducta sexual, la cual forma parte de la resiliencia sexual muestra que no hubo efecto en los grupos, por lo que los adolescentes del grupo experimental, no fueron mejor que los del grupo control, por lo cual, la hipótesis se aceptó parcialmente. En este mismo sentido, en la hipótesis seis se encontró que la edad tuvo efecto en la intervención ($F_{[4,135]} = 4.485, p = .001$), por lo cual la hipótesis se aceptó parcialmente. La hipótesis siete los datos obtenidos muestran que los factores de protección del riesgo sexual fueron mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual ($F_{[13,130]} = 3.353, p = .001$), por lo tanto la hipótesis se aceptó parcialmente. La intervención por Internet “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes” representa una alternativa viable para proporcionar educación innovadora a los adolescentes para la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Asimismo, la metodología empleada del proceso enseñanza aprendizaje mostró sus beneficios, la combinación de las sesiones presenciales y por internet proporcionó los elementos al adolescente para desarrollar los recursos de protección para contrarrestar los riesgos sexuales. Los hallazgos de este estudio contribuyen a enriquecer la base científica de la disciplina de enfermería al proponer una intervención por internet guiada por el modelo propuesto para dar explicación al fenómeno de la prevención de las conductas de riesgo para VIH/SIDA en adolescentes. Se recomienda continuar aplicando la intervención por Internet en otros escenarios para verificar su efectividad.

Capítulo I

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido una de las epidemias más devastadoras y ha provocado múltiples problemas de índole social, económica y de salud pública. Desde que se registró el primer caso de SIDA hace más de 30 años, han muerto más de 26 millones de personas (International AIDS Society, 2008) y se estima que en la actualidad viven aproximadamente 33.3 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [UNAIDS], 2010). Se estima que en América Latina y el Caribe existen alrededor de 2.1 millones de personas que están viviendo con el VIH, donde el grupo más afectado en los últimos diez años ha sido el de 15 a 24 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2005). En la actualidad, México ocupa el segundo lugar en casos de SIDA, de los cuales el 48.6 % se infectó en la adolescencia y el 99% ocurrió por contacto sexual (El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2008; UNAIDS, 2010). En el estado de Nuevo León, la mayor parte de los casos acumulados de VIH/SIDA se encuentran en Monterrey y su área metropolitana (Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA [COESIDA], 2009).

La respuesta positiva ante esta enfermedad ha sido globalizada mostrando resultados favorables, ya que se ha detenido el aumento acelerado en el número de casos, sin embargo el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2010) refiere que esta reducción en las nuevas infecciones no ha sido suficiente para contener la epidemia. Por lo que, el desafío continúa y en especial para nuestro país ya que a principios del 2010 se redujeron dramáticamente los fondos destinados para combatir esta enfermedad y por ende el acceso a antirretrovirales y programas preventivos (Centro de Análisis e Investigación [FUNDAR], 2010). Lo anterior puede

provocar que en los próximos años los casos de VIH/SIDA se incrementen de manera alarmante y que aumente el número de muertes por enfermedades relacionadas al SIDA. Aunado a que en México, no se ha presentado un decremento en el número de muertes por casos de VIH/SIDA como se ha reportado en otros países de ingreso bajo a medio (UNAIDS, 2010).

Por otro lado, los adolescentes se encuentran en un período de desarrollo y transición que incluye múltiples cambios físicos y psicológicos que incrementan su inestabilidad e incrementan el riesgo a infecciones por el VIH (Albertsson-Wikland et al., 2009; Haase, 2004). Asimismo, durante éste período se enfrentan a una serie de retos y obstáculos al tratar de definir su identidad y personalidad; así como, de conseguir independencia de su familia (Vinaccia, Quiceno & Moreno, 2007).

En esta etapa, los adolescentes se ven inmersos en una serie de conductas sexuales de riesgo, debido a que la experimentación forma parte de su desarrollo (Andino, 1999). Por lo que el inicio de las relaciones sexuales tiende a ser a edades cada vez menores y más de la mitad de los adolescentes tienen sexo sin protección durante la primera relación sexual (Secretaría de Salud [SSA], 2002). Asimismo, otros estudios reflejan que los adolescentes tienden a practicar el sexo vaginal, anal y oral sin protección, siendo este último, en donde el uso del condón se presenta por debajo del 5% (Valdez, 2011). Son también frecuentes a esta edad, las relaciones sexuales con múltiples parejas y bajo los efectos del alcohol y/o drogas (Aymerich, Planes, Gras & Vila, 2008; Empelen & Kok, 2006; Lohman, & Billings, 2008; Mueller, 2009; Piña & Robles, 2005; Taylor-Seehafer & Rew, 2000; Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo- San Martín & Santos-Preciado, 2003). Lo anterior, ubica a los adolescentes ante un elevado riesgo de contagio de ITS (Infección de Transmisión Sexual) y VIH/SIDA.

De acuerdo a diversos autores, existen factores personales y psicosociales que se relacionan con la conducta sexual de riesgo en los adolescentes. Se ha reportado que los

adolescentes que presentan mayor incidencia de conductas sexuales de riesgo son aquellos entre los 15 y 19 años, que pertenecen al sexo masculino, del nivel socioeconómico medio y bajo, de bajo nivel escolar, con creencias negativas hacia la sexualidad y con baja comunicación con sus padres. Además, se ha encontrado que aquellos con mayor desarrollo en la toma de decisiones, altos niveles de autoeficacia, mayor resiliencia y menor presión social por parte de referentes importantes, son quienes practican en mayor medida el sexo seguro (Empelen & Kok, 2008; Fergus & Zimmerman, 2005; Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Mississippi, 2007; Lohman & Billings, 2008; Piña & Robles, 2005; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita & Vegara, 2009; Zimmerman et al., 2008).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2008) estima que en el año 2030 existirán más de 40 millones de adolescentes que se infectarán con el VIH en todo el mundo. Por esta razón, es necesario que los profesionales de la salud, especialmente los que realizan investigación en enfermería, continúen y redoblen esfuerzos enfocados a generar estrategias innovadoras de prevención en VIH/SIDA para reducir la incidencia de infecciones en adolescentes. Ya que hasta el momento aún no existe una vacuna que proteja de contagiarse del VIH, ni tratamiento que garantice la cura a esta enfermedad con consecuencias fatales (Planes et al., 2007). Por tanto, la única alternativa para combatir esta epidemia es la promoción de la salud sexual en los adolescentes (UNAIDS, 2010).

Glanz (2006) define la promoción de la salud como un amplio y variado conjunto de estrategias encaminadas a mejorar la conducta de salud y la calidad de vida de los individuos. Una estrategia que se ha utilizado dentro de la promoción de la salud, es la aplicación de intervenciones psico-educativas dirigidas a modificar conductas de riesgo. Diversas investigaciones describen la efectividad de intervenciones a través de currículos empleados con el objetivo de prevenir y modificar las conductas sexuales de riesgo, para fomentar conductas sexuales seguras y propiciar la sexualidad responsable

en los adolescentes. Estas han sido empleadas a nivel individual, familiar y comunitario (Coyle et al., 2006; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis & Zhou, 2008; Zimmerman et al., 2008). No obstante, los autores refieren que para que sean verdaderamente efectivas se requiere un cambio conductual en el adolescente.

Así mismo, la evidencia científica reporta que disminuir el impacto de los factores de riesgo propicia las conductas sexuales saludables. Chirinos (2006) refiere que los adolescentes que no se perciben en riesgo, no contemplan modificar las conductas sexuales de riesgo y consideran que la infección por VIH les puede ocurrir a otros pero no a ellos; se creen invulnerables. Es por esto, que modificar las conductas sexuales de riesgo es sin duda un gran desafío y la mayoría de las intervenciones han mostrado ser efectivas momentáneamente; por lo que el reto es lograr que sean efectivas a largo plazo. De acuerdo a esto, es necesario desarrollar intervenciones que favorezcan el mantenimiento de conductas sexuales seguras en los adolescentes.

En este sentido, Smokowski (1998) refiere que la resiliencia basada en prevención y la competencia social debe abordarse en la elaboración de programas de intervención, ambos elementos se dirigen a fortalecer los factores protectores que posee el individuo y a disminuir los factores de riesgo. Permitiendo de esta forma dar solución a problemas de salud que afectan de manera importante a los adolescentes.

Intervenciones basadas en resiliencia han mostrado su efectividad ya que promueven el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias estresantes y la evitación de las trayectorias negativas asociadas al riesgo (Anthony, Alter, & Jenson, 2009; Ferguson & Zimmerman, 2005; Haase, 2004; Luthar, 1991; Vinson, 2008).

Por otra parte, Becoña (2006) menciona que la competencia es un concepto fuertemente relacionado a la resiliencia, ambos se centran en la adaptación positiva del individuo y en los ajustes positivos. Por su parte, la competencia social implica la conducta manifiesta y observable a partir del término comportamiento inteligente, ya

que implica la adecuación y eficacia de los comportamientos para producir habilidades sociales (Gumpel, 1993); que a su vez permiten que el individuo desarrolle competentemente una tarea determinada (Pichardo, García, Justicia, & Llanos, 2008). En este sentido manejar currículos de intervenciones desde un enfoque de competencia social es una alternativa para fortalecer las intervenciones basadas en resiliencia que permitan conductas sexuales saludables y duraderas.

Al mismo tiempo, se debe considerar que las infecciones por el VIH/SIDA en los adolescentes son un problema de salud que involucran a otros sectores como el social, educativo, político y económico [UNICEF], (2005). En los servicios de salud, impacta desfavorablemente por los altos costos de hospitalización, tratamiento retroviral, atención integral y personal especializado. Esta infección en el adolescente repercute en sus planes futuros y en muertes a temprana edad que afectan la dinámica familiar (SSA, 2002). Por lo que existe la necesidad de reformar radicalmente la respuesta global y transformar los programas de prevención en poblaciones vulnerables de manera que se genere un mayor impacto. De acuerdo a esto, UNAIDS (2010) propone revolucionar la prevención, como una de las tres estrategias del plan 2015 para lograr reducir a la mitad la transmisión del VIH por vía sexual en los adolescentes; ya que considera que este grupo poblacional es clave para prevenir los nuevos contagios por este virus. Asimismo, afirma que para cumplir con este objetivo una acción importante incluye el desarrollo de nuevos métodos y tecnologías innovadoras para implementar la educación sexual en adolescentes (UNAIDS, 2010). De acuerdo a lo anterior, el presente estudio tuvo como propósito diseñar, implementar y evaluar la efectividad de una intervención basada en un modelo de resiliencia a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en adolescentes.

Marco de Referencia

El estudio utilizó como base el Modelo de Resiliencia en Adolescentes (ARM) para explicar cómo a través de la reducción en los factores de riesgo y en el fortalecimiento de los factores protectores se puede llegar a desarrollar una conducta sexual resiliente. De acuerdo a esto, el concepto de Competencia Social resulta de especial relevancia por lo que posteriormente se estableció una conexión entre ambos.

Modelo de Resiliencia en Adolescentes.

El Modelo de Resiliencia en Adolescentes (ARM; Haase, 2004) propone una representación integral del proceso y resultado de resiliencia durante la etapa de desarrollo de la adolescencia. Además, este modelo permite su aplicación en intervenciones psicoeducativas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo. De acuerdo a este modelo, se describen los supuestos y la relación de los conceptos elegidos para dar explicación al fenómeno de interés.

El modelo parte de los siguientes supuestos: 1) el cambio en una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia; 2) la adolescencia vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad y su experiencia previa y durante la misma; 3) la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad; y 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente. De acuerdo a esto, el modelo está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado; por lo que a continuación se describen cada uno de estos factores.

En el ARM los factores de riesgo se dividen en riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual. El primero considera los factores que producen una influencia negativa en la resiliencia; el segundo, comprende el riesgo individual exacerbado por los problemas de salud y las estrategias de afrontamiento defensivo que son empleadas cuando las personas responden a los acontecimientos estresantes.

En el caso de los factores de protección, estos están conformados por protección familiar, protección social y protección individual. Los de *protección familiar* son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia, siendo una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales. Los de *protección social* hacen referencia al apoyo que recibe la persona por parte de sus amigos y proveedores salud. Los de *protección individual* incluyen estrategias que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.

Por último, como factor resultado se encuentra la resiliencia que ha sido considerada como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores riesgo a fin de obtener resultados positivos. Así, un adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes, que le favorecen para tener conductas saludables. Rew y Horner (2003) agregan que el contexto sociocultural influye en las conductas de riesgo para la salud, por lo que factores socioculturales como género, la edad, los roles de género y la historia previa de enfermedades pueden potencializar o aminorar el riesgo a la salud.

Se realizó una derivación de conceptos del ARM: riesgo relacionado con la enfermedad, riesgo individual, protección familiar, protección social, protección individual y resiliencia. Se utilizó el método de derivación teórica de Fawcett (1999) a través de cinco pasos: 1) identificación de los conceptos de interés de la teoría de rango medio, 2) clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, 3) identificación y clasificación de las preposiciones de la teoría de rango medio propuesta,

4) ordenamiento jerárquico de las preposiciones y 5) construcción del diagrama. A continuación se presenta esta derivación para los conceptos de factor de riesgo, factor de protección y factor resultado del Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente (ver figura 1, 2 y 3).

Riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia.

Haase (2004) refiere que el riesgo relacionado con la enfermedad produce una influencia negativa en la resiliencia. En el presente estudio se considera que el riesgo no se relaciona con la enfermedad sino con los cambios propios de la etapa de la adolescencia que les provoca incertidumbre. Estos cambios son de tipo físico, psicológico y social. Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Los cambios emocionales propios de esta etapa pueden hacer que el adolescente tienda a exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día de alegría y diversión se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados (Secretaría de Salud, [SSA], 2002). En esta etapa, los cambios que están ocurriendo significan el inicio de la madurez sexual, es un momento esperado por el adolescente que se caracteriza por incertidumbre debido al desconocimiento de lo que está ocurriendo y sintiendo.

En el mismo orden de ideas, Andino (1999) refiere que la adolescencia es un período de la vida que abarca la maduración biológica, psíquica y social. Caracterizada por cambios en el desarrollo físico, mental, emocional y social; por lo que el adolescente busca un equilibrio consigo mismo y con la sociedad. En esta etapa se observa ambivalencia, incertidumbre y contradicciones que hacen que esta etapa se convierta en un suceso estresante. Lo anterior puede llevar al adolescente a tomar riesgos para experimentar nuevas sensaciones, formar una identidad y buscar independencia y aceptación de otros importantes. De acuerdo a esto se puede decir que es común que a

esta edad, el adolescente homologue la conducta de riesgo con una experiencia relevante que propicia su maduración.

Lo anterior, produce un nivel elevado de incertidumbre en esta etapa debido a que la mayoría de los acontecimientos que lo aquejan son desconocidos. La incertidumbre es mayor cuando no posee información acerca de lo que le está sucediendo, no entienden la información que se les proporciona y/o cuando los eventos que le ocurren son extraños, desconocidos o inesperados (Haase, 2004). La incertidumbre en la adolescencia es provocada por los cambios físicos, el despertar sexual y por la imagen corporal. Una de sus mayores preocupaciones se relaciona con el tiempo en que ocurrirán estos cambios ya que es común que se comparen con sus iguales y también les preocupa la imagen atractiva que desean tener. Por su parte, Peter y Valkenburg (2008) refieren que a la medida en que los adolescentes no tienen claro sus creencias sexuales va en aumento la incertidumbre sexual.

Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Suedan (2005) mencionan que la adolescencia es una etapa importante de constantes transformaciones, en la cual se presentan cambios en la personalidad, se define la identidad y se realiza elección de la pareja; lo que conlleva un riesgo inmerso y se explica en dos fases. La primera, caracterizada por una fase de crisis, en la que se estructura la personalidad y se presentan grandes conflictos emocionales; la segunda, en la cual el adolescente presenta inestabilidad emocional producida por los cambios propios del proceso de crecimiento y desarrollo que serán paulatinamente resueltos.

De acuerdo a esto, la incertidumbre representa un riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia la cual ejerce una influencia negativa en la conducta sexual inmediata y futura. Para el presente estudio, la *incertidumbre sexual* es el grado en que el adolescente no tiene claro sus creencias y valores sexuales y de cómo debe reaccionar ante las nuevas sensaciones que experimenta en cuanto a sexo se refiere.

Riesgo sexual.

Haase (2004) menciona que el riesgo relacionado con la enfermedad produce una influencia negativa en la resiliencia. En el presente estudio se considera que el riesgo sexual es exacerbado por los cambios psicológicos (invulnerabilidad) y mecanismos de afrontamiento defensivo (evasivo, fatalista y emotivo) comunes de esta etapa de desarrollo, mismos que influyen en la conducta sexual del adolescente. Los cambios psicológicos, durante la adolescencia, afectan el contenido de los pensamientos por lo que su capacidad de abstracción causan que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa, con pensamientos como “a mí nunca me va a pasar eso”. Esta percepción de invulnerabilidad conlleva a comportamientos sexuales de riesgo como las relaciones sexuales sin protección que los ponen en riesgo de embarazos no deseados e ITS-VIH/SIDA (Casas & Ceñal, 2005; SSA, 2002).

En este sentido, Taylor-Seehafer y Rew (2000) refieren que durante la adolescencia los procesos cognitivos se modifican significativamente. Para predecir las consecuencias de las acciones y para comprender el contexto social de los comportamientos es necesario el desarrollo de la capacidad de razonar de manera abstracta. Los adolescentes que están pensando en un nivel preoperacional pueden verse a sí mismos, como invulnerables y tener una visión optimista de los riesgos; en este sentido el adolescente considera que puede pasarle a otros, pero a él no. Los cambios psicológicos de la pubertad y la menarquía son factores importantes que afectan el comportamiento de los adolescentes, psicológicamente se sienten motivados a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo que incluyen la necesidad de pertenecer a un grupo, el deseo, la pasión y la curiosidad; así como, la necesidad de desarrollar una identidad personal. Para el presente estudio la *invulnerabilidad al VIH* es la percepción que posee el adolescente de no tener riesgo de infectarse con el VIH.

Otro factor que exagera el riesgo individual es el afrontamiento defensivo, que es muy común en los adolescentes; también se denomina evasivo o de negación. Este

mecanismo se asocia a etapas de transición o crisis con resultados menos positivos que son empleados con mayor frecuencia cuando una nueva situación de riesgo es identificada durante la adolescencia (Grotberg, 2006; Haase, 2004). Las estrategias de afrontamiento defensivo que afectan negativamente la capacidad de recuperación son etiquetadas como evasivas, fatalistas y emotivas (Jalowiec, 2003; Lindqvist, Carlsson & Sjödn, 2004). Reflejan en el adolescente la incapacidad de identificar los riesgos sexuales.

Uno de los tipos de afrontamiento defensivo más utilizado por los adolescentes es el evasivo, este tipo de afrontamiento impide que el adolescente enfrente un problema o reflexione sobre él. Los adolescentes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación sexual a través del uso de estrategias de afrontamiento defensivo, estas no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección (Gonçalves, Castellá & Carlotto, 2007). Para el presente estudio el *afrontamiento defensivo al riesgo sexual* incluye estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual.

Protección familiar al riesgo sexual.

Para Haase (2004) la protección familiar integra los componentes de protección que se encuentran dentro y fuera de la familia. En el caso del presente estudio se manejará como la protección familiar al riesgo sexual que se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura. La protección familiar es una fuente importante de apoyo contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras; ya que la familia, es culturalmente vista como apoyo (Prelow, Loukas & Jordan-Green, 2007). La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red familiar de apoyo. De acuerdo a Haasen (2004), las familias resilientes son flexibles, coherentes, tienen un significado en la vida, se comunican y resuelven problemas con eficacia. Diversos autores han sugerido que el

apoyo familiar aumenta la resiliencia, la presencia de relaciones cálidas, protectoras y de apoyo en donde al menos uno de los padres actúa como protector (Becoña, 2006; Fergusson & Lynskey, 1996; Jaselon, 1997).

En este sentido Marsiglia, Nieri y Rubin (2006) refieren que el monitoreo de padres es un elemento clave para que el adolescente practique conductas sexuales saludables. Asimismo, mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos y se discuten temas relacionados a sexo seguro, el adolescente tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. El constante apoyo familiar representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres. Para el presente estudio se considerará como *apoyo familiar para la conducta sexual segura* las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

Protección social al riesgo sexual.

La protección social al riesgo sexual de acuerdo al ARM propone que es la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por los amigos y proveedor de salud. En este estudio se manejará el concepto de protección social al riesgo sexual que incluirá el apoyo social para la conducta sexual segura. Rosario et al. (2008) definen apoyo social como la percepción que tiene el adolescente en relación a la ayuda proporcionada por otras personas, que puede ser emocional, de información y/o de asistencia. La protección social es uno de los recursos externos considerados de suma importancia por su efecto positivo en la salud. Las personas que presentan mayor protección social tienen menos problemas físicos y psicológicos y contrarrestan mejor el estrés. Haase (2004) menciona que el adolescente tiene la capacidad de mantener la relación entre sus pares, las relaciones escolares y las relaciones con las redes sociales para conseguir resultados positivos y reducir o evitar los resultados negativos.

Cardozo y Alderete (2009) refieren que el apoyo social es un factor protector relacionado a los recursos que posee el adolescente, que le permite hacer frente a una amplia gama de adversidades. Dentro de estos recursos se encuentran las personas del entorno en quienes el adolescente puede confiar y que a su vez le establecen límites y le enseñan la forma de evitar los problemas. En este sentido las personas significativas le instruyen la manera correcta de proceder, a desenvolverse solo y le ayudan a enfrentar situaciones de peligro (Grotberg, 2003). Para el presente estudio, *el apoyo social para la conducta sexual segura* es el apoyo percibido por el adolescente de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro.

Protección individual al riesgo sexual.

La ARM de Haase (2004) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y que ocurra la resiliencia; a partir de este concepto se propone el concepto derivado, protección individual al riesgo sexual. Rutter (1999) refiere que los recursos son contextuales y varían de un individuo a otro; sin embargo, dependiendo de la situación de riesgo los recursos utilizados en cada individuo son diferentes de acuerdo a la circunstancia (Anthony, Alter & Jeson, 2009; Earvolino-Ramírez, 2007; Grenee, 2003; Jacelon, 1997; Fergus & Zimmerman, 2005; Fergusson & Lynskey, 1996; Luthar, 1991; Luthar, Sawyer & Brow, 2006; Masten & Obradovi'c, 2008). Algunos investigadores refieren que la persona al identificar el riesgo utiliza los factores de protección internos para llegar a la recuperación (Anthony et al. 2009; Kotliarenco, Cáceres, & Fontanilla, 1997; Masten, 2001). Estos factores permiten amortiguar las consecuencias de los riesgos e interrumpen la cadena causa y efecto, bloqueando los resultados negativos.

La experiencia previa del individuo con el riesgo o la situación estresante influye de manera directa en los recursos disponibles que emplea como protectores, modificando la respuesta de la persona en un sentido más adaptativo que el esperable (Kotliarenco et al. 1997). Por su parte, Lázarus y Folkman (1986) consideran que ante

situaciones de amenaza o de riesgo, la persona utiliza estrategias positivas para manejarlas que se pueden orientar tanto al dominio de la situación, evitarla o minimizarla. Taylor-Seehafer y Rew (2000) refieren que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, el autoestima y la autoeficacia. En el presente estudio, estos factores protectores son considerados como amortiguadores del impacto de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Por lo que a continuación se describen cada uno de estos.

El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada por la persona para eliminar, reducir o tolerar el estrés o riesgo (Rosario, Salzinger, Feldman & Ng-Mak, 2008). Lindqvist, et al. (2004) mencionan que existen cinco estilos de afrontamiento que son empleados por la persona para enfrentar al estrés: 1) el optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema; 2) el confrontativo, utiliza el enfrentamiento y la confrontación para solucionar los problemas; 3) el de apoyo, maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de enfrentamiento; 4) el autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema; y 5) el paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor (Jalowiec, 2007).

Los adolescentes pueden utilizar estos estilos de afrontamiento positivo para contrarrestar los efectos negativos del riesgo sexual y poder manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia, permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro. Por lo que para el presente estudio el *afrontamiento positivo al riesgo sexual* incluye estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo.

Otro factor de protección personal es el conocimiento sobre VIH/SIDA. Bogart, Cecil y Pinkerton (2000), consideran que los niveles moderados y altos de conocimiento que la persona posee sobre VIH/SIDA le proporcionan un medio de protección para

evitar conductas sexuales de riesgo ya que le permiten decidir la mejor forma de protegerse. Es importante que la información sea variada y suficiente para pueda tomar una decisión sobre su conducta sexual. Por su parte, Givaudan y Pick (2005) reportan que los adolescentes que no poseen conocimientos necesarios sobre la prevención de VIH/SIDA y sus formas de prevención tendrán menos probabilidades de utilizar un condón en la primera relación sexual en comparación con los adolescentes que poseen este conocimiento.

De acuerdo a lo anterior, la educación para la prevención del VIH/SIDA significa ofrecer al adolescente la oportunidad de que adquieran y desarrollen el conocimiento, las competencias y los valores sobre sexo seguro; que le ayuden a retrasar el inicio de la actividad sexual y protejan a los sexualmente activos contra ITS y VIH/SIDA (Harold, 2007). Los conocimientos que adquiere el adolescente le ayudan a contrarrestar el riesgo sexual y le permiten a la vez tener la capacidad de identificar situaciones contextuales que lo ponen en peligro (Bryan, Kagee & Broaddus, 2006). Para el presente estudio el *conocimiento sobre VIH/SIDA* es la información que posee el adolescente sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH/SIDA que le permite la toma de decisiones sobre conductas de sexo seguro.

El autoestima, también se considera un protector individual y se define como el grado en el que el adolescente se percibe de manera positiva o negativa (Haase, 2004). Un adolescente con autoestima alta establece sentimientos de valor propio y desarrolla seguridad para hacer frente a situaciones de riesgo exitosamente (Becoña, 2006). Este concepto se fundamenta en la convicción de un sentimiento de valía personal, en el que el individuo se cree competente para manejar su vida y funcionar adecuadamente dentro del ambiente familiar y social en el que se encuentra.

En este sentido, el autoestima tiene dos componentes, un sentimiento de capacidad y estima personal, es decir es la suma de la confianza, la decisión y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para

enfrentar los desafíos de la vida al comprender y superar los problemas, el derecho a ser feliz, así como el defender sus intereses y necesidades (Maslow, 1982). Para el presente estudio el *autoestima* es la percepción positiva de valía personal que el adolescente posee, que le permite hacer frente a situaciones de riesgo sexual.

Otro factor protector, es la autoeficacia. Según Bandura (1986), las personas que logran un control sobre los sucesos que perturban sus vidas y son capaces de tomar acciones futuras para evitar que vuelvan a suceder, tienen un nivel elevado de autoeficacia. Esta lucha por lograr el control de las situaciones es una alternativa para garantizar beneficios personales y sociales; por otro lado, cuando un individuo es incapaz de ejercer control se crea aprehensión, apatía o desesperación. La capacidad percibida de que se puede producir el resultado esperado, proporciona incentivos para llevar a cabo la conducta en cuestión.

Ajzen (2005) menciona que la autoeficacia se convierte en el medio por el cual la persona sigue sus metas y controla lo que es capaz de hacer. Entonces, la autoeficacia se reconoce como un predictor del cambio de conducta y se define como la creencia que tiene una persona sobre su capacidad y esfuerzo necesario para ejecutar con habilidad una determinada tarea. Para el presente estudio la *autoeficacia para conducta sexual segura* es la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

Resiliencia.

Para Haase (2004), la resiliencia se define como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores estresantes a fin de obtener resultados positivos; por lo que se derivará este concepto a resiliencia sexual en el adolescente. La resiliencia es entendida como la capacidad de rebote o de enfrentar con éxito una situación a pesar de la adversidad (Becoña, 2006). Algunos autores han investigado la resiliencia como un rasgo de la personalidad, mientras que en los últimos dos decenios, la resiliencia ha sido redefinida como una dinámica y proceso modificable (Fergus &

Simmerman, 2005; Jaselon, 1997; Luthar, Cichetti & Browyn, 2000). Éste último enfoque permite el desarrollo de las intervenciones basadas en la resiliencia ya que la adversidad es el antecedente que desencadena el proceso de resiliencia y se refiere a situaciones o sucesos desfavorables que la persona tiene que enfrentar. La adversidad es justamente la que estimula el desarrollo de los recursos internos y la capacidad para enfrentar situaciones desfavorables de riesgo y estrés (Anthony et al. 2009; Becoña, 2006).

La perturbación que genera el cambio permite el aprendizaje del individuo para emplear sus cualidades resilientes. De acuerdo a la revisión de literatura es necesario e indispensable que él o la adolescente cuente con la capacidad cognitiva y social para interpretar la adversidad para hacer frente al cambio (Ahern, 2006; Rew & Horner, 2003). Ferguson y Zimmerman (2005) consideran que la conducta sexual de los adolescentes representa un riesgo individual para contraer ITS-VIH/SIDA, la cual puede ser compensada por recursos personales resilientes que le permitan evitarla. La resiliencia permite que el o la adolescente planee su futuro alejándose de situaciones de riesgo sexual.

En este sentido, la conducta sexual, de acuerdo a Ferguson y Zimmerman (2005), presupone un grado de coherencia entre el pensamiento, sentimiento y acción, mismos que influyen en la toma de decisiones a nivel conductual de manera racional, utilizando la información disponible. Lohman (2008) refiere que la conducta sexual abarca las acciones que el adolescente decide realizar en situaciones sexuales en las que entorno y los estímulos recibidos juegan un papel relevante. Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) refieren que la conducta sexual se ve influenciada por diversos factores de riesgo, siendo imprescindible que el adolescente reciba educación sexual que le ayude a contrarrestar la influencia negativa del entorno y así evitar exponerse a situaciones de riesgo sexual.

La resiliencia sexual en el adolescente favorece la práctica del sexo seguro a través de los factores de protección familiar, social e individual y contrarresta los

factores de riesgo sexual y de riesgo relacionado con la etapa. Visto de este modo, la resiliencia es un mecanismo que reduce el impacto del riesgo ya que el adolescente está en un constante estado de vulnerabilidad y los factores de protección le permiten la toma de decisiones adecuadas ante situaciones de riesgo sexual (De Santis, 2008). Para el presente estudio se consideró que la *resiliencia sexual en el adolescente* es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el VIH/SIDA. Lo anterior se verá reflejado en conductas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón, la monogamia, la búsqueda de orientación sobre ITS-VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH en quienes hayan tenido conductas de riesgo.

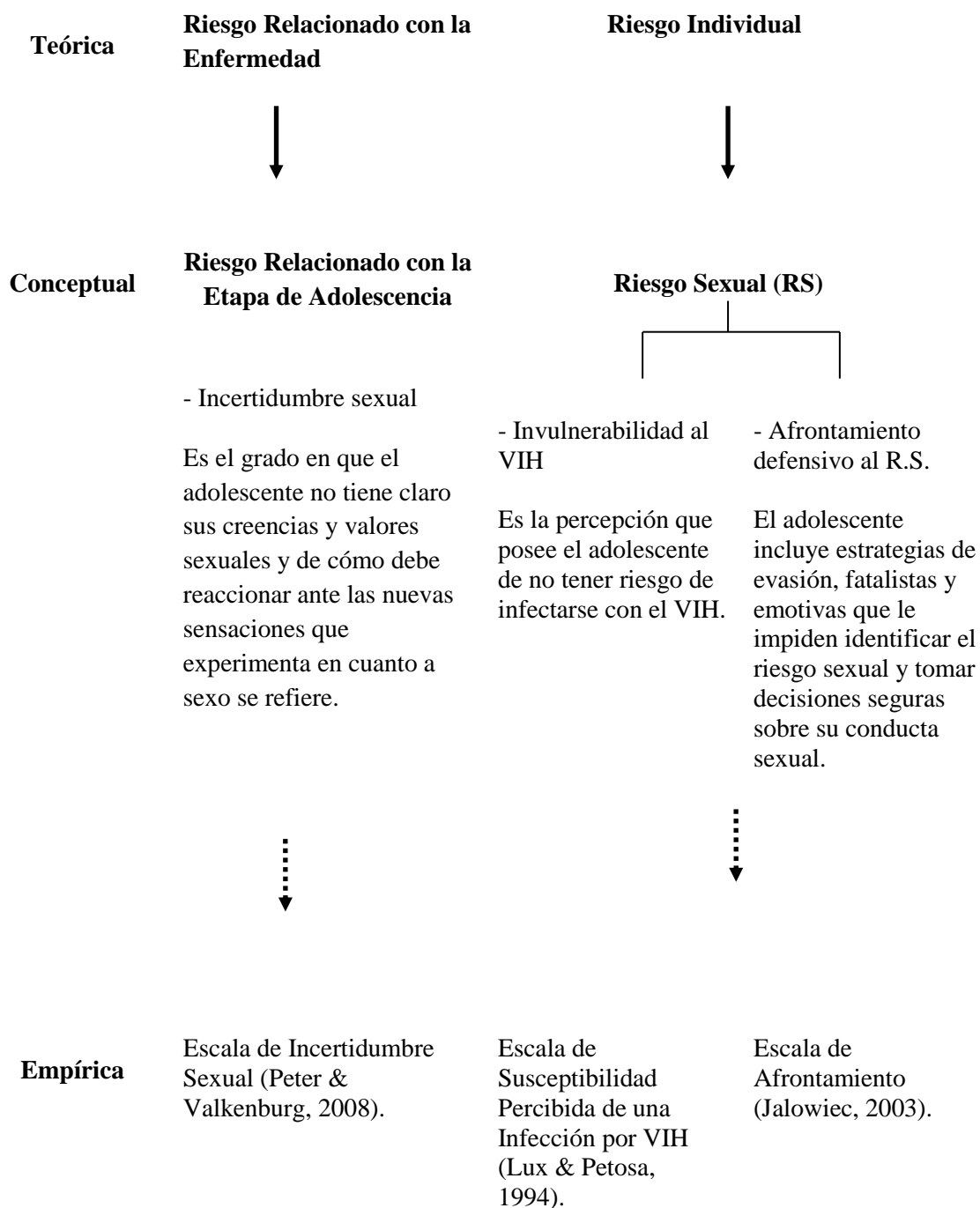
Figura 1 *Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor de Riesgo*

Figura 2 Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor Protector

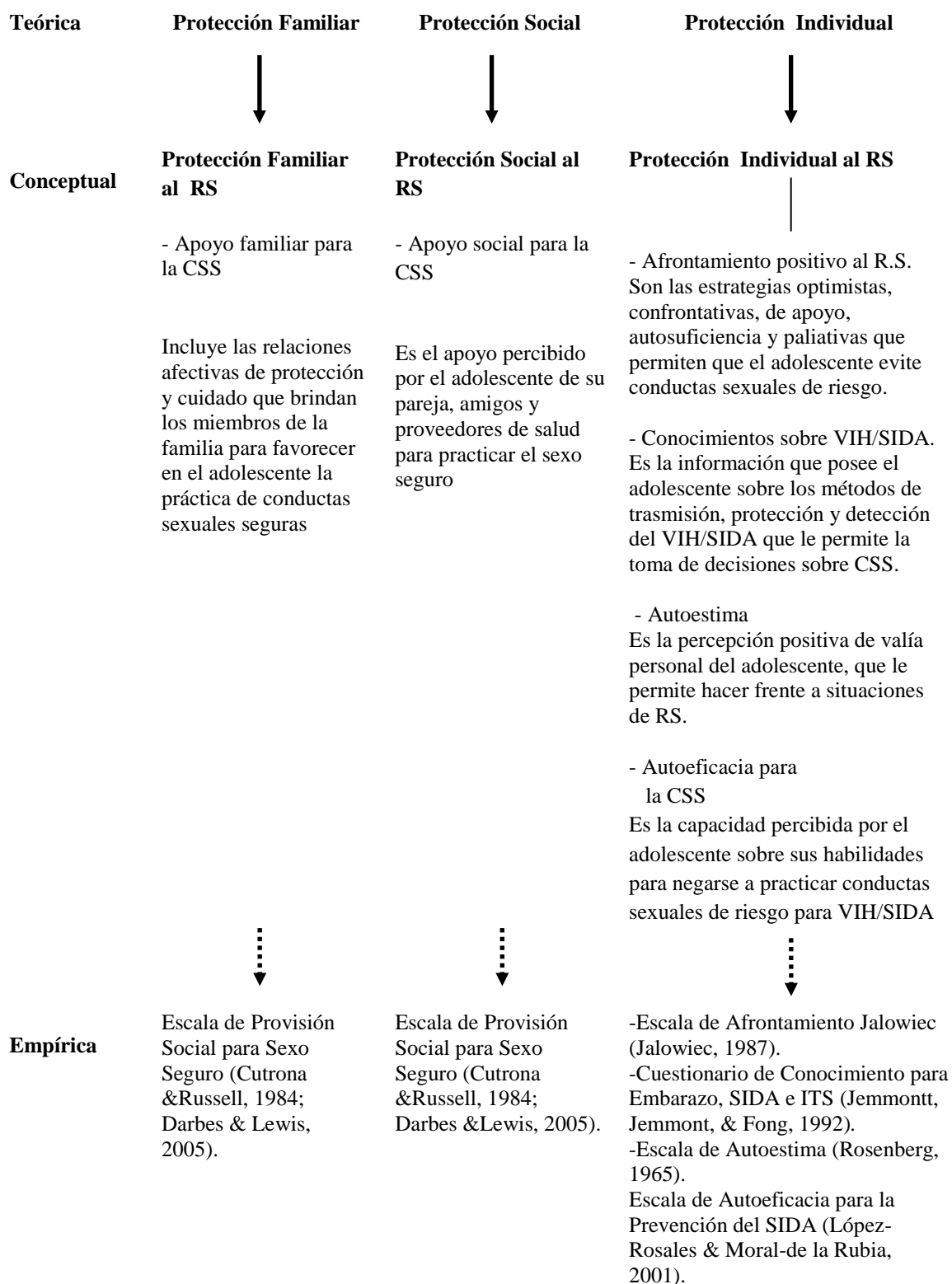


Figura 3 Estructura Teórica Conceptual Empírica del Factor Resultado

Teórica

Resiliencia



Conceptual

Resiliencia Sexual en el Adolescente

Es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable con conductas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón, la monogamia, la búsqueda de orientación sobre ITS-VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH en quienes hayan tenido conductas riesgo.

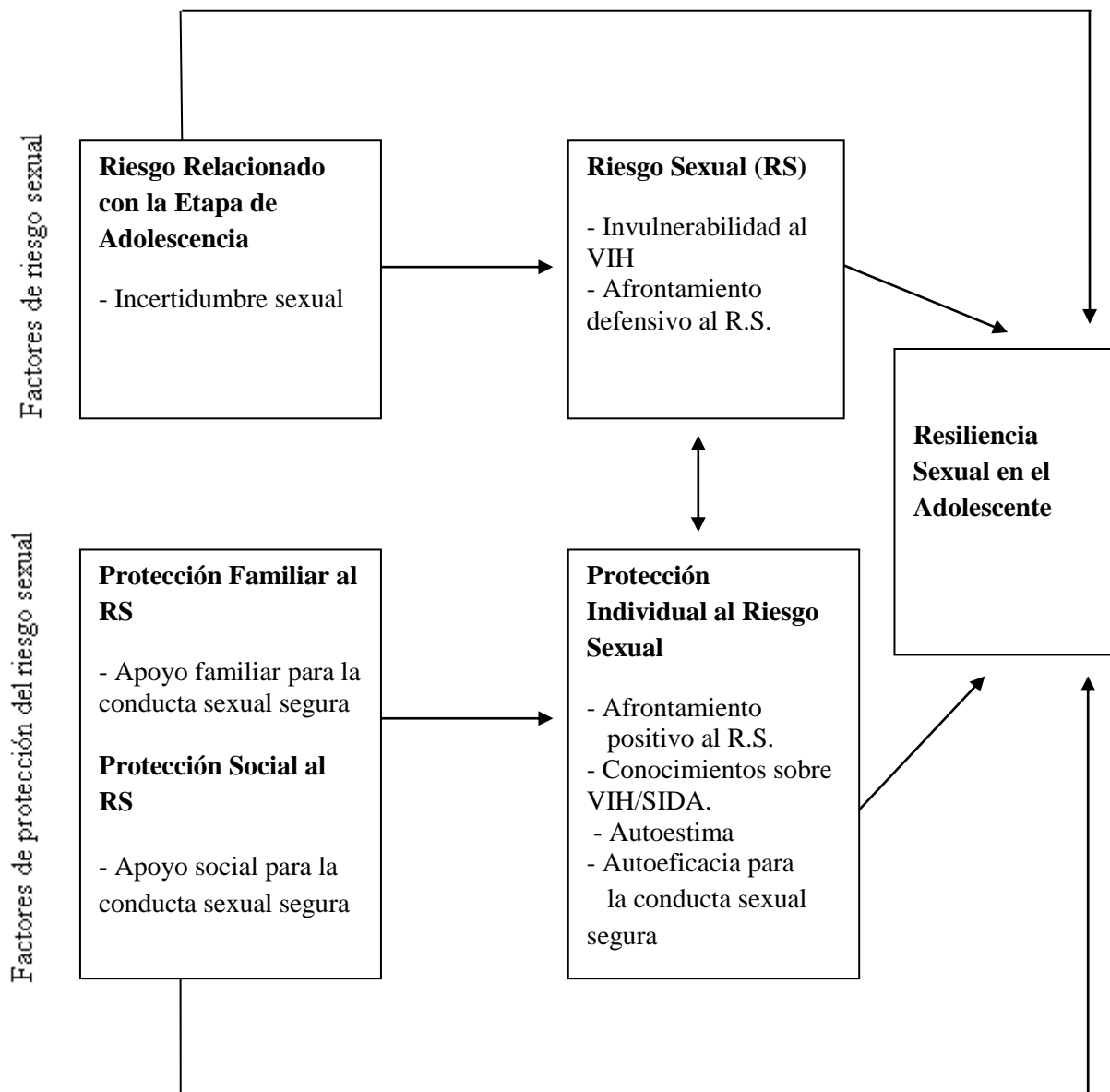


Empírica

Escala de Resiliencia de Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993)
Escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Villarruel, et al. 2004)

Con base a los conceptos previamente derivados se propuso el Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente. Mismo que sirvió como fundamento teórico para la intervención propuesta.

Figura 4 Esquema de relación de conceptos-Modelo Resiliencia Sexual en el Adolescente



Nota: En el MRSA se supone que el efecto de la intervención es moderado por la Edad, Género y Experiencia Sexual.

Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente

El Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente parte de los siguientes supuestos: 1) en la adolescencia se acentúan los cambios; 2) la adolescencia es vista como una etapa de desarrollo que abarca cambios físicos, psicológicos y sociales; 3) el adolescente posee factores protectores de conductas sexuales de riesgo para hacer frente a los factores de riesgo sexual que le permiten obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud sexual y los riesgos sexuales; 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente ante el riesgo sexual. El modelo está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo sexual, factores de protección de conductas sexuales de riesgo y el factor de resultado. A continuación se describen cada uno de estos factores y la relación entre ellos.

Los factores de riesgo sexual están integrados por el riesgo relacionado con la etapa de adolescencia y el riesgo sexual. El riesgo relacionado con la etapa de adolescencia se relaciona con los cambios propios de la etapa que le provocan incertidumbre al adolescente, lo cual se relaciona positivamente con el riesgo sexual; afectando en forma negativa la resiliencia sexual del adolescente. El riesgo sexual se empeora debido a la percepción de invulnerabilidad al VIH y los mecanismos de afrontamiento defensivo al riesgo sexual (evasivos, fatalista y emotivo) que influyen de forma negativa en la protección individual al riesgo sexual y en la resiliencia sexual del adolescente.

Los factores de protección de conductas sexuales de riesgo están integrados por la protección familiar, la protección social y la protección individual del riesgo sexual. La protección familiar al riesgo sexual se considera como el apoyo familiar para la conducta sexual segura que amortigua los efectos de los riesgos sexuales y se relaciona positivamente con la protección social y la protección individual al riesgo sexual y la resiliencia sexual en el adolescente. La protección social al riesgo sexual se refiere al

grado en el que el adolescente percibe apoyo por parte de su pareja, amigos y proveedores de salud, se relaciona positivamente con la protección individual al riesgo sexual y la resiliencia sexual en el adolescente. La protección individual al riesgo sexual incluye el afrontamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH/SIDA, autoestima y autoeficacia para conductas sexuales seguras que contrarrestan el impacto del riesgo para VIH/SIDA. En el factor de protección individual influye negativamente el riesgo sexual y positivamente la protección familiar y social de riesgo sexual; asimismo, se relaciona directamente con la resiliencia sexual en el adolescente. Por último el factor resultado es la resiliencia sexual en el adolescente que se considera como la capacidad de respuesta para evitar conductas sexuales de riesgo y prevenir el VIH/SIDA. Esta se da cuando los factores de protección son fortalecidos y estos a su vez contrarrestan los factores de riesgo sexual. Cabe destacar que en este modelo el efecto de la intervención esta moderado por la edad, el género y la experiencia sexual.

Autores, que han realizado intervenciones basadas en resiliencia concuerdan con que la mejor forma de fortalecer los factores de protección es desarrollando la competencia social (López, Garrido, Rodríguez & Paíno, 2002; Silva & Geardini, 2009; Steinhardt & Dolbier, 2008). Masten y Obradovi'c (2006) y Luthar (1991) refieren que la resiliencia y la competencia social, dentro la implementación de intervenciones, permiten una adaptación exitosa en el individuo y producen cambios duraderos de conductas favorables para la salud. A continuación se describe el concepto de competencia social, el cual sirvió de base para la construcción de las actividades en la intervención.

Competencia Social

La competencia es un concepto íntimamente relacionado a la resiliencia, se centra en ajustes positivos, implica conductas manifiestas y observables (Becoña, 2006). La persona puede ser competente en varios dominios, como es el social, académico,

profesional, entre otros (Masten & Coatsworth, 1998). Para estos autores el término indica que el individuo ha demostrado la habilidad de ejecución en una o más áreas y que tendrá la capacidad de éxito en el futuro. En el campo de la resiliencia la competencia se evalúa como competencia social.

La competencia social puede definirse como la capacidad de integrar tres elementos: cognición, afecto y conducta; con el fin de tener éxito con las tareas sociales y lograr resultados positivos en el desarrollo de las actividades. Así mismo, abarca el uso de las habilidades sociales de acuerdo al contexto cultural en que se encuentra la persona (Gilar, Miñano, & Castejón, 2008). Desde esta perspectiva, una persona es competente si es capaz de demostrar a sí mismo sus potencialidades y sentimientos positivos; además, puede diseñar y establecer metas con el fin de obtener buenos resultados.

La persona es socialmente competente si presenta tres características: a) el individuo utiliza adecuadamente sus habilidades para crear una respuesta adecuada a un estímulo externo en una situación particular; b) la conducta manifiesta al máximo la posibilidad de recibir refuerzos posibles y reducir al mínimo el riesgo del medio ambiente; c) si la misma situación se produce de nuevo, la conducta se manifiesta y con toda probabilidad volverá a ser realizadas con habilidad. En las etapas de aprendizaje el individuo va de un estudiante novato a un experto (Gumpel, 1993).

Dentro de las competencias sociales se encuentra la capacidad para la toma de decisiones, habilidad para resolver problemas, capacidad para comunicarse en forma efectiva, asertividad, autoestima, autocontrol, habilidad para manejar las propias emociones, autoeficacia, capacidad de establecer metas y estrategias, habilidad para establecer relaciones interpersonales y empatía (Gilar, Miñano & Castejón, 2008; Gumpel, 1993; Pichardo et. al., 2008; Segura, 2003). El concepto de competencia social fue utilizado en el presente estudio para fortalecer el programa psicoeducativo basado en el Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios de investigación de acuerdo a las variables a estudiar, en primer orden se revisaron 1) factores de riesgo: riesgo relacionado con la etapa de adolescencia y riesgo sexual: 2) factores de protección: protección familiar, social e individual del riesgo sexual y 3) el factor resultado: resiliencia sexual en el adolescente.

Riesgo relacionado con la etapa de adolescencia.

Incertidumbre sexual.

Peter y Valkenburg (2008) estudiaron la incertidumbre sexual en 2,343 adolescentes de 13 a 20 años. Reportaron que los hombres presentan mayores niveles de incertidumbre que las mujeres ($r = .05, p < .05$). También se observaron que los adolescentes más jóvenes fueron más propensos a la incertidumbre sexual que los adolescentes mayores ($r = -.07, p < .01$). Los adolescentes que reportaron mayores niveles de incertidumbre fueron los que percibieron mayor control parental ($r = -.07, p < .01$), los que piensan que la mayoría de sus amigos ya ha tenido relaciones sexuales ($r = -.08, p < .001$) y los que no se encuentran en una relación sentimental ($r = -.10, p < .001$).

Guerrero y Chavez (2005) realizaron un estudio exploratorio sobre la estabilidad de las relaciones de pareja y la incertidumbre en 456 estudiantes. Los autores reportaron que los adolescentes que presentaban niveles elevados de incertidumbre eran menos propensos a mantener una relación de pareja, lo cual, se evaluó a través de análisis de covarianza con conductas relacionadas: conversación de pareja ($F_{[1,431]} = 27.67, p < .001, r = -.30$), conversar sobre el romance ($F_{[1,431]} = 3.78, p < .05, r = -.12$), encuentros de rutina ($F_{[1,431]} = 6.09, p < .05, r = -.12$), redes sociales ($F_{[1,431]} = 6.60, p < .05, r = -.11$), apoyo ($F_{[1,431]} = 27.67, p < .001, r = -.30$) y humor ($F_{[1,431]} = 4.51, p < .001, r = -.30$). Asimismo, mostraron que la incertidumbre varía en función del tipo de relación ($F_{[3, 436]} = 11.75, p < .001, \eta^2 = .07$); los jóvenes

que deseaban tener un romance ($\bar{X} = 3.38$, $DE = 1.33$), presentaron mayores niveles de incertidumbre que los que idealizaban a su pareja ($\bar{X} = 2.43$, $DE = 1.36$), rechazaban su romance ($\bar{X} = 2.24$, $DE = 1.17$) o los que desean que su amigo/a fuera su pareja ($\bar{X} = 2.16$, $DE = 1.06$; $p < .05$). Estos hallazgos indican que establecer una relación de pareja forma parte de los acontecimientos nuevos que provocan incertidumbre en el adolescente y que forman parte de los cambios psicológicos y sociales propios de esta etapa.

Weber y Emmett (2009) estudiaron la relación entre la incertidumbre y el deseo de tener un romance de pareja en 394 estudiantes. Los autores encontraron una relación entre el deseo de tener un romance y la incertidumbre en la relación de pareja y la percepción de reciprocidad tanto para hombres ($r = .39$, $p < .05$; $r = .21$, $p < .05$; respectivamente), como para mujeres ($r = .38$, $p < .05$; $r = .24$, $p < .05$).). Adicionalmente, encontraron que el deseo de tener un romance predice la incertidumbre ($F_{cuadrada [2,193]} = 64.66$, $p < .0001$, $R^2 = .40$), además se encontró en el análisis post hoc que tanto las mujeres como los hombres con bajos niveles de deseo de tener un romance presentaron niveles de incertidumbre bajos ($F_{[2,193]} = 39.19$, $p < .0001$, $R^2_{cuadrada} = .29$). Estos hallazgos sugieren que el proceso de establecer una relación de pareja es un cambio que provoca incertidumbre en los y las adolescentes.

Peter y Valkenburg (2010) estudiaron el desarrollo de la percepción sexual y la incertidumbre sexual en 956 adolescentes entre 13 y 20 años en un estudio longitudinal con tres mediciones a lo largo de un año. Encontraron niveles ligeramente por debajo de la media para primera ($\bar{X} = 2.37$, $DE = .84$), segunda ($\bar{X} = 2.37$, $DE = .86$) y tercera ($\bar{X} = 2.34$, $DE = .85$) mediciones. Asimismo, reportaron que los adolescentes que utilizaban con mayor frecuencia el uso de material sexual en línea presentan niveles mayores de incertidumbre sexual ($\beta = .06$, $p < .05$, $R^2 = .14$). Lo anterior indica que la incertidumbre sexual en el adolescente puede ser un riesgo ya que lo lleva a tener

conductas no resiliente como lo es el uso de material sexual en línea, el cual a su vez provoca niveles más altos de incertidumbre sexual.

Síntesis.

De los estudios analizados se puede concluir que la incertidumbre es una variable que influye en forma negativa en la conducta sexual no resiliente. Se asocio significativamente como factor de riesgo, debido a que en la etapa de la adolescencia establecer una relación de pareja produce incertidumbre por los cambios físicos, psicológicos y sociales en los que se ve inmerso el adolescente.

Riesgo Sexual.

Invulnerabilidad al VIH.

Wulfert & Wan (1993), estudiaron la percepción de vulnerabilidad al SIDA en 212 estudiantes (103 hombres y 109 mujeres) sexualmente activos. Los resultados muestran que en general los participantes muestran niveles bajos de percepción de riesgo de SIDA ($\bar{X} = 2.3$, $DE = 1.4$, $min = 1$, $max = 7$); asimismo se presenta que la mayoría, el 80%, de los adolescentes no se perciben en riesgo de infectarse con el VIH. Solo el 28 % reportó siempre usar el condón y de estos el 73 % mencionó que la razón para utilizar el condón era para evitar un embarazo y solo el 17 % respondió que por miedo a contagiarse de SIDA. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes no se perciben en riesgo de contraer el VIH, por lo cual, no utilizan medidas de prevención.

Kalichman et al. (2002) estudiaron en 271 adolescentes con problemas de abuso de sustancia como el alcohol, marihuana y crack (181 hombres y 90 mujeres de 12 a 18 años de edad [$\bar{X} = 15.7$]) la percepción de vulnerabilidad como predictor de la conducta sexual. Los investigadores reportaron que los adolescentes no se perciben vulnerables de contraer el VIH/SIDA, lo cual fue indagado a través de cuatro preguntas, donde niveles cercanos a cuatro indicaban niveles más altos de vulnerabilidad, de acuerdo a esto la percepción de riesgo fue muy baja ya que la Media fue de 1.32 ($DE = 0.69$). También se encontró que menor conocimiento sobre los mecanismos de prevención y transmisión del

VIH se relacionan con mayor percepción de vulnerabilidad al riesgo del SIDA con el conocimiento ($r = -.14, p < .05$). Sin embargo, no se encontró una relación entre la percepción de vulnerabilidad y la auto-eficacia para el uso del condón ($r = -.14, p > .05$) y el sexo sin protección en los últimos tres meses ($r = -.01, p > .05$). Adicional a estos hallazgos se realizó un análisis de sendero a un modelo propuesto que incluía estas variables, el cual mostró un ajuste aceptable ($X^2_{[91]} = 117, CFI = 0.94, RMSEA = .033, RCFI = .95$); el modelo muestra que la percepción de vulnerabilidad predice la auto-eficacia percibida para el uso del condón cuando esta se relaciona con el conocimiento ($B = .11, p < .05$).

Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto y Ballester (2007) realizaron un estudio en 300 adolescentes, 150 hombres y 150 mujeres, con edades entre los 16 y 18 años, para evaluar los factores de riesgo para contraer VIH/SIDA. Reportan que en general los adolescentes no se perciben en riesgo de infectarse con el VIH/SIDA ya que esta variable se evaluó en una escala de 0 a 100 ($\bar{X} = 38.8, DE = 39.6$); donde las mujeres ($\bar{X} = 45.9, DE = 42.9$) se perciben significativamente en mayor riesgo de infectarse que los hombres ($\bar{X} = 31.9, DE = 35; t = -2.39, p < .05$).

Aymerich, Planes, Gras y Vila (2008) realizaron un estudio para describir la conducta sexual de 373 adolescentes de 16 a 19 años. Reportaron que con una pareja ocasional el 8 % de adolescentes se destacan por opciones que suponen riesgo de embarazo o contagio de ITS como el VIH/SIDA, observaron diferencias significativas en función del género ($X^2_{(1)} = 13.65, p < .0001$) siendo superior el número de hombres que pondrían en peligro su salud (14%) frente al de las mujeres (3%). En relación con una pareja efectiva reciente los porcentajes de adolescentes que están dispuestos a poner en peligro su salud ascienden al 22%. También se observan diferencias significativas en función del género ($X^2_{(1)} = 6.33, p < .05$), siendo de nuevo el porcentaje de hombres

(29%) superior al de las mujeres (17%). Estos resultados sugieren que los hombres tienen menor percepción de vulnerabilidad que las mujeres, aumentando este riesgo cuando tienen una pareja efectiva reciente.

Uribe, Vergara y Berona (2009) estudiaron la percepción de vulnerabilidad frente al VIH, en 217 adolescentes, de 12 a 18 años. Para ello, los autores realizaron un análisis de varianza ANOVA, reportaron una diferencia significativa en función del género y la percepción de vulnerabilidad ($F_{[1,213]} = 7.635$, $MSE = 2.531$, $p < .006$). Lo que muestra una existencia de diferencia en la percepción de vulnerabilidad frente a la infección por VIH entre las mujeres ($\bar{X} = 9.27$, $DE = 1.660$) y los hombres ($\bar{X} = 8.64$, $DE = 1.554$), siendo mayor en el primer grupo. Estos hallazgos indican que los hombres se perciben con menos riesgo de contraer el VIH y posiblemente pueden presentar más conductas de riesgo.

Síntesis.

De los estudios analizados se confirma que la invulnerabilidad es una variable que se relaciona con las conductas sexuales de riesgo. La percepción de riesgo es baja en el adolescente con énfasis en el género masculino, se perciben lejanos al riesgo de infectarse a VIH/SIDA, consideran que la posibilidad de contagiarse es muy baja, lo cual se convierte en un factor de riesgo sexual al considerarse invulnerables a la infección.

Afrontamiento defensivo al riesgo sexual.

Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) estudiaron las estrategias de afrontamiento en 150 adolescentes de 13 a 18 años, 60 hombres ($\bar{X} = 34.52$, $DE = 3.09$), 90 mujeres ($\bar{X} = 32.67$, $DE = 4.05$). Reportaron que las estrategias defensivas que distinguen a los adolescentes con bajo bienestar son: falta de afrontamiento ($\bar{X} = 50.5$, $DE = 15.1$), reducción de la tensión ($\bar{X} = 56.4$, $DE = 18.8$), autoinculparse ($\bar{X} = 43.3$, $DE = 17.4$) todas las anteriores con $p < .05$. Estas estrategias son de tipo pasivo, no implican empeño por el adolescente, sino una forma de evitación del problema y el alivio de la tensión, supone el rechazo consiente de la existencia del

problema. La falta de afrontamiento supone la ausencia de recursos para enfrentar las dificultades, lo que se relaciona con las otras dos estrategias.

Rosario, Salzinger, Feldman y Ng Mak (2008) estudiaron el rol del apoyo social y las estrategias de afrontamiento de 667 adolescentes, 335 hombres y 332 mujeres. Reportan que las situaciones de estrés durante la adolescencia se relacionan significativamente con las estrategias de afrontamiento defensiva ($\bar{X} = 9.10$, $DE = 3.40$, $p < .05$). El apoyo de los amigos beneficia la disminución del estrés ($\bar{X} = 4.08$, $DE = 0.61$, $p < .05$). Estos resultados muestran que ante el estrés los adolescentes utilizan estrategias defensivas, representando un riesgo al no poder afrontar en forma positiva las situaciones estresantes. Asimismo, los amigos forman parte del apoyo social que fortalecen los factores protectores ante el estrés.

González, Montoya, Casullo y Verdú (2002) estudiaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes que pueden incidir en su desarrollo psicológico. En 417 adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, de ellos el 190 son hombres (46 %) y 227 mujeres (54 %), con edad media de ($\bar{X} = 16.4$). Reportaron una relación significativa y negativa del bienestar con el estilo de afrontamiento defensivo y el género, los estilos de afrontamiento que se presentaron por género fueron, 1) autoinculparse: varones ($\bar{X} = 50.8$, $DE = 18.47$) mujeres ($\bar{X} = 55.75$, $DE = 18.66$) ambos con $t = -3.11$, $p < .05$; 2) hacerse ilusiones: varones ($\bar{X} = 58.25$, $DE = 16.57$) mujeres ($\bar{X} = 61.66$, $DE = 15.63$) ambos con $t = -2.14$, $p < .05$; ignorar el problema: varones ($\bar{X} = 39.92$, $DE = 14.23$) mujeres ($\bar{X} = 36.45$, $DE = 13.01$) ambos con $t = 2.57$, $p < .05$; 4) falta de afrontamiento: varones ($\bar{X} = 39.83$, $DE = 13.18$) mujeres ($\bar{X} = 41.94$, $DE = 12.38$) ambos con $t = 1.68$; 5) preocuparse: varones ($\bar{X} = 69.52$, $DE = 14.90$) mujeres ($\bar{X} = 77.23$, $DE = 12.22$) ambos con $t = 5.71$, $p < .001$; 6) reservarlo para sí: varones ($\bar{X} = 54.29$, $DE = 15.50$) mujeres ($\bar{X} = 47.57$, $DE = 16.57$) ambos con $t = 4.25$, $p < .001$; 7) reducción de la tensión: varones ($\bar{X} = 37.03$, $DE = 14.52$) mujeres ($\bar{X} = 45.04$, $DE = 14.88$) ambos con

$t = 5.55, p < .001$. Estos hallazgos sugieren que el estilo de afrontamiento más utilizado por ambos grupos de adolescentes es de preocuparse y el menos utilizado por los varones es reducción de la tensión y por las mujeres ignorar el problema.

Bates, Barnett, Brennan e Israel (2010) analizaron la relación del conflicto de rol de género y el efecto en sobre la resiliencia en la etapa de adolescencia en 362 adolescentes masculinos de 18 a 24 años. Reportaron una relación significativa entre el aumento de la restricción de las emociones y la disminución de la capacidad de resiliencia ($R^2 = 0.62, \beta = 0.338, p < .001$). Los resultados muestran que los adolescentes sienten una creciente presión por lo que están menos dispuestos a discutir sus emociones, esta experiencia disminuye su capacidad de resiliencia.

Síntesis.

Estos resultados muestran que ante un problema los adolescentes utilizan estrategias defensivas, las más empleadas son falta de afrontamiento, reservarlo para sí e ignorar el problema. Esto supone que los adolescentes presentan dificultades para hacer frente a las situaciones de estrés propios de la adolescencia e igualmente a la falta de metas y confianza en sí mismo. Representando un riesgo al no poder afrontar en forma positiva las situaciones estresantes, asimismo, los amigos forman parte del apoyo social que fortalecen los factores protectores ante el estrés.

Protección familiar al Riesgo Sexual.

Apoyo Familiar para la conducta sexual segura.

Blinn-Pike (1999) estudiaron la actitud sexual y la conducta de 697 adolescentes que no habían iniciado relaciones sexuales. Reportaron que la estructura familiar estaba conformada por ambos padres ($\bar{X} = 1.51, DE = .43$) y otros ($\bar{X} = 1.62, DE = .40$) con $p < .01$. Asimismo, reportaron que los valores conservadores influye para que adolescente no tenga sexo antes del matrimonio ($\bar{X} = 1.53, DE = .44$) con $p < .01$. Los adolescentes que viven con ambos padres tienen menos riesgo de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, esto se debe a tres razones: 1) la influencia de la religión;

2) porque piensan que se debe tener sexo solo si se está casado y 3) que no está bien tener sexo antes del matrimonio.

Valle, Torgersen, Roysamb, Klepp y Thelle (2005) analizaron la relación de la estructura familiar y el funcionamiento familiar con el inicio temprano de relaciones sexuales, en 3469 adolescentes de 16 años de edad. Los resultados describen la estructura familiar representado por las dimensiones madre y padre (70%), solo padre (2.9%), solo madre (16.1%), madre o padre con una nueva pareja (8.8%) y otro (2%). Asimismo relacionan la estructura familiar con el debut sexual antes de los 16 años, madre y padre ($OR = 1.12$, $IC\ 95\%$, 0.62 - 2.02), solo padre ($OR = 1.32$, $IC\ 95\%$, 0.75 - 2.34), solo madre ($OR = 1.39$, $IC\ 95\%$, 1.03 - 1.86), madre o padre con una nueva pareja ($OR = 1.61$, $IC\ 95\%$, 1.14 - 2.28), otro ($OR = 2.94$, $IC\ 95\%$, 1.65 - 5.26). Las primeras tres dimensiones representan mayor protección para el adolescente. La estructura familiar fue relacionada con el funcionamiento familiar (monitoreo de los padres) encontrando una relación importante ($OR = 0.69$, $IC\ 95\%$, 0.59 - 0.80), los autores consideran que a mayor monitoreo de los padres menor riesgo de inicio temprano de relaciones sexuales.

Tusaie, Puscar y Sereika (2007) realizaron un estudio para identificar la prevalencia de la resiliencia psicosocial en 624 adolescentes entre 14 y 18 años. Reportaron que la percepción del apoyo de la familia es un predictor directo de la resiliencia psicosocial en el adolescente ($R^2 = .047$, $\beta = 0.049$, $t = 5.758$). Estos hallazgos sugieren que el apoyo familiar favorece el desarrollo de la resiliencia en el adolescente.

Prelow, Loukas y Jordan-Green (2007) realizaron un estudio en 464 adolescentes, para ver el efecto directo y mediato de efectos del riesgo socio ambiental en la internalización y externalización de problemas en adolescentes latinos. La familia fue estudiada en dos dimensiones (rutina familiar y monitoreo materno). Rutina familiar ($\bar{X} = 2.85$, $DE = 0.71$), monitoreo materno ($\bar{X} = 0.88$, $DE = 0.13$) competencia social ($\bar{X} = 4.04$, $DE = 0.75$). Asimismo, reportaron que la rutina familiar se relaciona

significativamente con monitoreo materno ($r = .22, p < .001$) y competencia social ($r = .33, p < .001$); monitoreo materno con rutina familiar ($r = .13, p < .001$) y competencia familiar ($r = .22, p < .001$); competencia social con rutina familiar ($r = .20, p < .001$) y monitoreo materno ($r = .25, p < .001$). Estos hallazgos sugieren que el apoyo familiar es un protector que influye en la competencia social.

Lohman y Billings (2008) estudiaron los factores protectores y de riesgo asociados con el temprano debut sexual y la conducta sexual de riesgo en 528 adolescentes varones de 10 a 14 años de edad. Los resultados indican que la familia a través de la relación madre-hijo, padre-hijo se relaciona significativamente con el decremento de la conducta sexual de riesgo ($R^2 = .08, LR = 48.87, p < .001$). Estos hallazgos sugieren que el apoyo de la familia favorece el proceso de resiliencia.

Nappi et al. (2009) realizaron un estudio para examinar el monitoreo paterno y su efecto moderador con la comunicación sexual en la familia en la conducta sexual de riesgo en 718 adolescentes, 412 mujeres y 306 hombres y sus cuidadores, estudiaron a la familia como soporte para el adolescente en dos dimensiones (comunicación sexual y monitoreo familiar). Reportaron una relación significativa entre la comunicación de los padres y el monitoreo que estos ejercen ($R = 0.15, R^2 = 0.01, F_{(3,714)} = 5.73, p < .00$). Así mismo, refieren que mayor comunicación sexual y monitoreo de los padres se relaciona significativamente con bajo riesgo sexual ($r = -0.13, p < .05$). Concluyen que la familia es un importante predictor y un soporte significativo para evitar conductas sexuales de riesgo.

Guilamo-Ramos, Bouris, Jaccard, Lesesne y Ballan (2009) realizaron un estudio en el cual examinaron la relación de la familia y la conducta sexual de riesgo para VIH, en 702 adolescentes latinos y sus madres de origen Dominicano (260), Puerto Riqueño (239) y Mexicano (203). Encontraron una asociación significativa entre el apoyo familiar y la disminución del riesgo sexual en las mujeres, en los varones la asociación fue más baja. Mujeres (IC 95%, 0.23 - 0.41, $p < .05$), varones

(IC 95%, -0.04 - 0.13, $p < .05$). De acuerdo a estos hallazgos se sugiere que para los Latinos la relación con la familia es un importante factor protector, las mujeres presentan menor riesgo sexual.

Síntesis.

De los estudios analizados se confirma que el apoyo familiar es una variable que se relaciona con la disminución del riesgo sexual, influye positivamente en el adolescente para evitar conductas sexuales de riesgo. Los valores conservadores de la familia influyen para retardar el inicio relaciones sexuales. En este sentido, los adolescentes con apoyo familiar tienen mayor nivel de competencia social y resiliencia.

Protección Social al Riesgo Sexual.

Apoyo social para la conducta sexual segura.

Patsdaughter, Kelley, Babington y Diyer (2005) efectuaron un estudio para comparar la conducta sexual de riesgo en adolescentes en República Dominicana (R.D.) y su contraparte Dominicanas en Estados Unidos (E.U.) en 390 adolescentes de 12 a 18 años, 192 de R.D. y 198 E.U. Identificaron a las personas que proporcionan los conocimientos a los adolescentes. La mitad de los adolescentes (53% de R.D. y el 49% de E.U.) dijeron que habían hablado sobre sexualidad con sus padres o una persona adulta, sin embargo en la escuela fueron más propensos de aprender sobre estos temas (71% de R.D. y el 81% en E.U.). Asimismo, los adolescentes presentaron más probabilidades de haber asistido a una charla con una persona portadora de VIH y haber considerado el aprendizaje significativo ($\chi^2_{(3, N=379)} = 7.68, p < .05$). Los autores reportaron que los adolescentes adquieren conocimientos acerca de la sexualidad y VIH de sus padres, de algún adulto, la escuela o de una persona portadora de VIH; consideran que los conocimientos adquiridos los protegen de conductas sexuales de riesgo y los ayudan a identificar los riesgos. Estos resultados sugieren que las personas significativas que forman parte de la protección

familiar y social del adolescente influyen positivamente para la adquisición de conocimiento y fortalecen la protección de conductas sexuales de riesgo.

Henrich, Brookmeyer, Sharier y Shahar (2006), examinaron la asociación entre la relación de apoyo en dos dimensiones (amigos y padres) y la conducta sexual de riesgo en 2,652 adolescentes con edad media de 17 años. Reportaron una relación significativa en los adolescentes que refirieron percibir un alto nivel de apoyo de los amigos y padres con el decremento del riesgo sexual ($B = -0.45$, $OR = 0.64$, IC 95%, $p < .00$). Los autores concluyen que el alto nivel de apoyo de los amigos y los padres influye en la disminución del riesgo sexual, siendo por tanto, los amigos y la familia factores de protección para el adolescente. Los hallazgos sugieren que el apoyo positivo de amigos y familia tiene un rol importante en el decremento de las conductas sexuales de riesgo.

Pérez y Pick (2006), estudiaron los predictores psicosociales de conducta sexual protegida en 178 adolescentes, 113 hombres y 65 mujeres estudiantes de bachillerato, entre 14 a 20 años. Reportaron que la habilidad de comunicación asertiva con la pareja es el mejor predictor en la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular ($R_m = .335$, $R^2 = .112$, $R^2_{aj} = .098$), seguida por los conocimientos sobre sexualidad ($R_m = .419$, $R^2 = .175$, $R^2_{aj} = .148$); con referencia a la conducta sexual protegida con la pareja ocasional las creencias conductuales hacia la sexualidad es el mejor predictor ($R_m = .171$, $R^2 = .029$, $R^2_{aj} = .022$). Estos hallazgos indican que los adolescentes con pareja sexual estable poseen un mayor nivel de confianza en la relación con su pareja sexual, situación que les permite hablar de manera clara y directa sobre su deseo de llevar a la práctica la conducta sexual protegida, por lo que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja aumenta la probabilidad de que los adolescentes se protejan.

Cardozo y Aldarete (2009), estudiaron las variables individuales y sociales que contribuyen al fortalecimiento del proceso de resiliencia en 210 adolescentes escolarizados entre los 12 y 18 años ($\bar{X} = 15$, $DE = 2.02$). Reportaron que el soporte

social (amigos y adultos significativos) fue mayor en los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 70.59$, $DE = 7.42$) que en los no resilientes ($\bar{X} = 63.22$, $DE = 11.32$) ambos con ($t = 3.75$, $p < .001$), se observa una diferencia significativa entre los grupos. Estos resultados sugieren que los adolescentes resilientes reciben mayor apoyo social.

Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010) estudiaron la relación entre el apoyo social y la conducta de riesgo frente al VIH/SIDA en adolescentes no diagnosticadas y diagnosticada con VIH, en 20 adolescentes de 17 a 19 años. Reportaron que el 40% de los adolescentes inicio relaciones sexuales a los 14 años. A partir del análisis de las redes de apoyo social, encontraron que los adolescentes no diagnosticados cuentan con mayor apoyo social que los diagnosticados con VIH/SIDA, el cual se refleja en apoyo emocional: no diagnosticado ($\bar{X} = 31.0$, $DE = 6.8$) diagnosticados con VIH/SIDA ($\bar{X} = 26.3$, $DE = 4.9$); apoyo instrumental: no diagnosticado ($\bar{X} = 13.9$, $DE = 3.5$) diagnosticados con VIH/SIDA ($\bar{X} = 13.9$, $DE = 4.6$); interacción positiva no diagnosticado ($\bar{X} = 16.3$, $DE = 2.6$) diagnosticados con VIH/SIDA ($\bar{X} = 12.6$, $DE = 2.2$); apoyo efectivo no diagnosticado ($\bar{X} = 12.7$, $DE = 2.7$) diagnosticados con VIH/SIDA ($\bar{X} = 10.2$, $DE = 2.3$). Con respecto a las personas que los apoyan encontraron que tanto los adolescentes no diagnosticados 90% y los diagnosticados 70% cuentan en primer lugar con los amigos, seguidos del apoyo de la madre no diagnosticados 60% y los diagnosticados 40%. En relación al conocimiento reportaron que el 90% recibieron información sobre prevención del VIH, el 60% fue a través de programas de TV y charlas en el colegio. En relación a los conocimientos los adolescentes no diagnosticados presentaron menor puntuación en conocimiento correcto sobre VIH/SIDA ($\bar{X} = 23.6$, $DE = 3.7$) que los diagnosticados ($\bar{X} = 24.8$, $DE = 4.6$); en cuanto al conocimiento erróneo sobre VIH/SIDA presentaron mayor puntuación los adolescentes no diagnosticados ($\bar{X} = 42.3$, $DE = 2.4$) que los diagnosticados ($\bar{X} = 41.2$, $DE = 2.6$). Asimismo, reportaron puntuación alta para percepción de susceptibilidad frente al VIH en los no diagnosticados ($\bar{X} = 8.3$, $DE = 0.9$) que los

diagnosticados ($\bar{X} = 8.2$, $DE = 0.4$) y en relación a la percepción de autoeficacia para el uso del condón ambos grupos presentan la misma puntuación, no diagnosticados ($\bar{X} = 7.1$, $DE = 1.8$) diagnosticados ($\bar{X} = 7.1$, $DE = 2.2$). En relación a las medidas de prevención reportan que el 50% de los adolescentes tienen relaciones sexuales sólo con la misma persona y el 40% refieren usar condón. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes no diagnosticados reciben mayor apoyo social en relación a los adolescentes que portan el VIH, presentando estos últimos mayor nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA.

Síntesis

El apoyo positivo de los amigos y familia tiene un rol importante en el decremento de las conductas sexuales de riesgo, los adolescentes que cuentan con el apoyo de amigos positivos presentan menos conductas sexuales de riesgo. Las personas significativas que forman parte de la protección familiar y social del adolescente influyen positivamente para la adquisición de conocimiento y fortalecen la protección de conductas sexuales de riesgo.

Protección Individual del Riesgo Sexual.

Afrontamiento positivo al riesgo sexual.

Heinzer (1995) estudio el afrontamiento positivo en 62 adolescentes resilientes, 31 hombres y 31 mujeres entre 13 y 21 años de edad. Los resultados del análisis de regresión múltiple muestran que el afrontamiento positivo es un predictor significativo para la competencia social ($R^2 = 0.35$, $p < .001$), así mismo, se relacionó significativamente, con la percepción de salud ($R^2 = 0.15$, $p < .001$), con el apego social ($R^2 = 0.29$, $p < .05$). Lo que indica que el afrontamiento positivo es un predictor consistente de la resiliencia.

Dumont y Provost (1998) estudiaron las estrategias de afrontamiento positivo en 297 adolescentes. Los resultados muestran una correlación relativamente alta entre las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social y resolver los problemas

($r = .57, p < .001$). Asimismo, el apoyo social se correlaciono significativamente se relacionan con la autoestima ($r = .23, p < .0001$). Las estrategias pueden ser utilizadas en diversas situaciones y diversos contextos como es el caso del estrés en los adolescentes resilientes.

Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) estudiaron los predictores de la conducta sexual de riesgo para contraer ITS-VIH/SIDA en 389 adolescentes de 15 a 27 años ($\bar{X} = 17.3, DE = 1.15$), en ambos sexos (41.4% varones y 58.6% mujeres). Los resultados muestran que los adolescentes que presentan bajos niveles de bienestar psicológico ($\beta = -0.071, p < .001, IC = 95\% 0.891 - 0.973$) y que utilizan menos estrategias de afrontamiento para buscar pertenencia (causar buena impresión a la gente importante para el sujeto, preocuparse por las relaciones con los demás, buscar adaptarse con los amigos, mejorar la relación personal con los demás y hacer los que los amigos quieren) ($\beta = -0.119, p < .01, IC = 95\% 0.808 - 0.975$) tienden a presentar mayor comportamiento de riesgo. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes que utilizan menos estrategias de afrontamiento tienen más posibilidades de realizar conductas sexuales de riesgo.

Bermúdez, Teva y Buéla-Casal (2009) evaluaron el efecto del sexo, la edad sobre los estilos de afrontamiento, el estrés y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes en 4.456 estudiantes de 13 a 18 ($\bar{X} = 15.61, DE = 1.23$), de ellos el 47% fue varones y 52% mujeres. Los resultados indican que los varones tenían mayores puntuaciones en la búsqueda de sensaciones sexuales ($\bar{X} = 2.46, DE = 0.57$) que las mujeres ($\bar{X} = 1.90, DE = 0.51$). En relación con los estilos de afrontamiento presentaron mayor estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas ($\bar{X} = 70.19, DE = 11.67$) que las mujeres ($\bar{X} = 69.04, DE = 11.69$). Sin embargo las mujeres presentaron mayor puntuación en el estilo de afrontamiento en relación con los demás ($\bar{X} = 57.53, DE = 9.94$) que los varones ($\bar{X} = 54.61, DE = 10.74$); así mismo presento mayor puntuación en el estilo de afrontamiento de evitación

($\bar{X} = 50.62, DE = 9.47$) que los varones ($\bar{X} = 47.79, DE = 9.18$). Estos hallazgos indican que los varones adolescentes tienen mayor búsqueda de relaciones sexuales que las mujeres. En relación a los diferentes estilos de afrontamiento que se encuentran en los varones y mujeres se deben a los diferentes roles de género que se inculcan desde la infancia, donde se enfatiza la promoción de la independencia en los varones y la búsqueda de apoyo social en las mujeres.

Síntesis.

De los estudios analizados se confirma que el afrontamiento positivo es una variable que se relaciona con la prevención de las conductas sexuales de riesgo. Las estrategias utilizadas por los adolescentes determinada por el género y los valores culturales. Los adolescentes que emplean las estrategias de afrontamiento positivo presentan menos probabilidad para las conductas sexuales de riesgo, asimismo permiten al adolescente hacer frente al estrés, fortaleciendo la capacidad de resiliencia.

Conocimiento sobre VIH/SIDA.

Bachanas, et al. (2002) evaluaron el conocimiento del VIH y la conducta sexual de riesgo, en 164 adolescentes de 12 a 19 años ($\bar{X} = 15.7, DE = 1.8$). Reportaron que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 14 años ($\bar{X} = 14.2, DE = 1.4$), el 57% fue activo sexualmente, de ellos el 19% mencionó haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 60 días, el 39% reporto haber sido diagnosticado con al menos una ITS y el 14% indico que nunca había usado un condón. Asimismo, reportaron una diferencia en el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en un rango de 31 a 72, entre los adolescentes de 12 a 15 años ($\bar{X} = 55, DE = 7.9$) y los adolescentes de 16 a 19 años ($\bar{X} = 59.4, DE = 9.2$) ambos con $p < .01$, presentando mayor nivel de conocimientos los de mayor edad ($t = -2.89, p < .01$). Estos resultados indican que es necesario continuar fortaleciendo los conocimientos sobre VIH/SIDA y medidas de prevención, para disminuir las conductas de riesgo sexual.

Bryan, Kagee y Broaddus (2006) estudiaron el conocimiento de VIH en relación con el estado de virginidad en 261 adolescentes de 14 a 19 años, 151 mujeres y 110 hombres. Los resultados indican diferencias significativas en el conocimiento ($F = 1.42, p < 0.05$) entre las mujeres vírgenes ($\bar{X} = 12.75, DE = 2.81$) y las mujeres no vírgenes ($\bar{X} = 13.47, DE = 3.00$); entre los hombres vírgenes ($\bar{X} = 12.90, DE = 2.88$) y los hombres no vírgenes ($\bar{X} = 12.16, DE = 2.84$), siendo mayor el nivel de conocimiento en las mujeres no vírgenes y los hombres vírgenes. Asimismo, reportaron la percepción de autoeficacia para el uso de condón observándose mayor percepción en los adolescentes no vírgenes de ambos sexos, mujeres vírgenes ($\bar{X} = 2.63, DE = .47$) y las mujeres no vírgenes ($\bar{X} = 2.69, DE = .45$); entre los hombres vírgenes ($\bar{X} = 2.66, DE = .63$) y los hombres no vírgenes ($\bar{X} = 2.83, DE = .34$).

Fáide, Lameiras y Bimbela (2008) estudiaron los comportamientos y prácticas sexuales en función de género y conocimiento en 2.171 adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años de edad. Reportaron que el 66 % refirió haber tenido actividad sexual en los últimos 6 meses; en relación al conocimientos sobre la seguridad de los métodos para la prevención del VIH/SIDA se encontraron diferencias significativas ($F = 34.77, p < .001$) entre los hombres ($\bar{X} = 5.79, DE = 2.93$) y las mujeres ($\bar{X} = 6.56, DE = 2.93$). Asimismo, se observaron diferencias significativas en los conocimientos sobre prácticas sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA ($F = 0.45, p < .001$) entre los hombres ($\bar{X} = 3.26, DE = 0.97$) y las mujeres ($\bar{X} = 3.29, DE = 0.93$). Estos resultados sugieren que las mujeres presentan mayor nivel de conocimiento que los hombres por lo que aumenta la posibilidad de conductas sexuales seguras en ellas, siendo importante aumentar los niveles de conocimiento en ambos géneros para protegerlos de situaciones de riesgo sexual.

Dávila, Tagliaferro, Bullones y Dasa (2008) realizaron un estudio con el propósito de determinar el nivel de conocimiento que sobre VIH/SIDA en 208 adolescentes, la edad promedio fue de ($\bar{X} = 15.90, DE = 1.24$) años, 57% mujeres y 43%

hombres. Los resultados muestran que el 40.9% reportó un nivel de conocimiento bueno, el 51% regular y el 7.2% deficiente. Se observó una diferencia significativa entre el nivel de conocimiento y género, el 67.1% de las mujeres presenta un nivel bueno y el 73.3% de los hombres deficiente con ($\chi^2 = 9.627, p < .05$). El nivel de conocimiento relacionado a las medidas de prevención muestra que un 78.8% conoce dichas medidas. El 95% respondió correctamente que el VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección, el 41% respondió incorrectamente que no hay forma de protegerse contra el VIH. Los hallazgos sugieren que el género juega un rol importante sobre el nivel de conocimiento. Además de que los adolescentes presentan un regular nivel de conocimiento acerca de la enfermedad, por lo que se hace necesario estrategias educativas para mejorar el conocimiento.

Bazargan, Stein, Bazargan-Hejazi, y Hidman (2010) examinaron los predictores de riesgo del comportamiento sexual de 380 adolescentes hispanos y afro-americanos de 11 a 17 años. Reportaron que el 71% de los adolescentes afirmó que no había tenido relaciones sexuales, del 29% que había iniciado relaciones sexuales de ellos el 54% indicó que al menos una de sus relaciones sexuales la realizó sin condón y el 5% refirió antecedentes de al menos una ITS. En relación al conocimiento sobre ITS y VIH/SIDA los adolescentes presentaron una ($\bar{X} = 2.3, DE = 1.2$); se correlacionó positivamente la edad con el conocimiento, los participantes de más edad tenían mayor conocimiento sobre ITS y VIH/SIDA ($r = 0.43, p < .001$). Estos hallazgos indican que la falta de conocimiento influye para conductas de riesgo sexual.

Síntesis.

Los resultados antes mencionados sugieren que la influencia positiva del conocimiento sobre el VIH y la autoestima, a mayor nivel de conocimiento mayor nivel de autoestima, funcionan como un factor protector en el adolescente para evitar conductas sexuales de riesgo, en este sentido las personas significativas que forman

parte de la protección familiar y social del adolescente influyen positivamente para la adquisición de conocimiento.

Autoestima.

Bryan, Kagee y Broaddus (2006) estudiaron la autoestima en relación con el estado de virginidad en 261 adolescentes de 14 a 19 años, 151 mujeres y 110 hombres. Los resultados indican diferencias significativas en la autoestima ($F = 4.55, p < .05$), entre las mujeres vírgenes ($\bar{X} = 3.32, DE = .43$) y las mujeres no vírgenes ($\bar{X} = 2.91, DE = .58$); entre los hombres vírgenes ($\bar{X} = 3.36, DE = .52$) y los hombres no vírgenes ($\bar{X} = 3.21, DE = 1.46$), siendo mayor el nivel de autoestima en los adolescentes virgen de ambos sexo. Estos resultados sugieren que en los adolescentes con mayor nivel de autoestima, se favorece la conducta sexual segura.

Scales, Dekhtyar, Cupp y Anderman (2008) realizaron un estudio con 388 adolescentes (56% mujeres, 44% hombres), con el objetivo de examinar la asociación del autoconcepto sexual y el autoeficacia sexual. Las variables autoeficacia y autoestima se relacionaron con el conocimiento. Los autores reportan una relación del conocimiento y el autoestima sexual con la autoeficacia sexual ($R^2 = 0.18, B = 0.12, p < .01$); otra relación reportada es el conocimiento y el autoestima sexual con la autoeficacia resistive ($R = 0.18, B = 0.12, p < .01$). Estos hallazgos sugieren que el conocimiento es un mediador importante para el riesgo sexual, un adolescente con sentimientos positivos sobre sí mismo, presenta mejor desempeño y conocimiento.

Anthony, Alter y Jenson (2009) estudiaron la utilidad de la aplicación de los principales riesgos y la resiliencia en el desarrollo y evaluación de un programa. En 2002 adolescentes. Los resultados muestran que hay diferencias en la medición de autoestima como factor de protección en el pretest ($\bar{X} = 11.8, DE = 2.6, t = .77$) y el postest ($\bar{X} = 11.5, DE = 2.3, t = .77$). Estos hallazgos indican que el nivel de autoestima no aumento posterior al programa y no fue fortalecida como factor protector.

Givaudan, Van de Vijver y Poortinga (2005) estudiaron las variables autoestima y autoeficacia como precursores de sexo seguro, en 2,011 adolescentes mexicanos, 1029 mujeres y 982 hombres, la edad promedio fue de ($\bar{X} = 15.97$), los cuales en su mayoría no tenía experiencia sexual. Los resultados del análisis de ecuaciones estructurales muestran una fuerte relación entre toma de decisión y autoestima ($r = .47$), una menor relación entre toma de decisión y autoeficacia ($r = .20$) y para autoeficacia y autoestima ($r = .20$). La autoestima tuvo una positiva influencia en la comunicación para el uso del condón ($\beta = .15, p < .01$). La autoeficacia se relaciono significativamente con actitud ($\beta = .23, p < .01$), normas personales para el uso de condón ($\beta = .26, p < .01$), conocimiento ($\beta = .07, p < .01$), comunicación para el uso del condón ($\beta = .04, p < .01$) e intención ($\beta = .12, p < .01$). La toma de decisión se relaciono significativamente con conocimiento ($\beta = .14, p < .01$), actitud hacia el condón ($\beta = .11, p < .01$) y la comunicación ($\beta = .13, p < .01$). El conocimiento se relaciono positivamente con la actitud ($\beta = .24, p < .01$) pero la relación con intención no fue significativa ($\beta = -.09$). Estos hallazgos sugieren que el autoestima, la autoeficacia y el conocimiento son fuertes precursores para el uso del condón y el sexo seguro.

Oxley (2001) evaluó el conocimiento sobre VIH y la construcción del autoestima en 39 adolescentes de 14 a 18 años de etnias diferentes, posterior a un programa. Los grupos de étnicas fueron: Asiáticos-americanos ($n = 25, 64.1\%$), Afroamericanos ($n = 3, 7.7\%$), Latino ($n = 5, 12.8\%$), Caucásicos ($n = 3, 7.7\%$) y otras etnias ($n = 3, 7.7\%$). Reportaron que el aumento del autoestima se mantuvo sin cambio en el pre-test ($M = 62.50$) en relación con el post-test ($M = 62.87$). Hubo algunas variaciones en el autoestima por etnia, fueron altas para los adolescentes caucásicas en el pre-test ($M = 81.33$) y se mantuvo en el post-test ($M = 81.33$); en los afroamericanos disminuyo la puntuación, presentaron en el pre-test ($M = 60.00$) y en el post-test ($M = 43.33$); en los latinos mexicanos presentaron en el pre-test ($M = 59.60$) aumentaron en el post-test

($M = 65.70$), los asiáticos-americanos moderadamente alto en el pre-test ($M = 63.67$) y se mantuvo sin cambio el post-test ($M = 63.25$). No se presentaron diferencias significativas en las puntuaciones del pre y post- test en ambos sexos ($t = -.214, p < .01$). En relación al conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA, el 71% los sexualmente activos refirieron que el VIH podía ser contraído después de tener relaciones sexuales sin condón, el conocimiento aumento a 89% en el post-test. En el post-test 74% informó que no se avergonzaba de comprar un condón y el 76% informó que no se avergonzaba de llevar un condón. Asimismo, reportaron que el 35 % tenía novio/a formal, el 41% informaron ser sexualmente activos, solo el 6.25% indicaron que siempre usaron condón. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes caucásicos y latinos presentan mayores niveles de autoestima.

Síntesis.

Los resultados antes mencionados muestran que el autoestima es un importante factor protector individual dentro del proceso de resiliencia que fortalece la capacidad para evitar situaciones de riesgo sexual, el adolescente con percepción positivas sobre sí mismo presenta mejor desempeño.

Autoeficacia para conducta sexual segura.

Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara (2009) estudiaron la autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de 222 adolescentes colombianos de ambos sexos de 10 a 18 años ($\bar{X} = 14.10, DE = 1.92$). Los resultados muestran que los adolescentes de 13 a 15 años presentan mayor autoeficacia ($\bar{X} = 8.66, DE = 2.32$) que los de 16 a 18 años ($\bar{X} = 7.52, DE = 2.32$) en relación al VIH/SIDA como factor personal protector. El análisis realizado indica una diferencia significativa en función de la edad y la percepción de autoeficacia por el adolescente, los adolescentes de 13 a 15 años obtuvieron mayor puntuación.

Outlaw, Naar-King, Janisse y Parson (2010) estudiaron la persistencia del riesgo para el VIH en 186 adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años. Los resultados muestran que

el 54% refiere haber tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 3 meses, el 3% menciona no haber tenido nunca relaciones sexuales y el 58% reporto estar tratando de aumentar el uso del condón. De acuerdo al resultado del análisis de ecuaciones estructurales se muestra una relación positiva entre la autoeficacia para sexo seguro y el uso del condón ($\bar{X} = 4.07$, $DE = 0.90$) con $p < .01$). La edad se relacionó negativamente con la autoeficacia para sexo seguro ($r = -.15$, $p < .05$). Estos hallazgos sugieren que los adolescentes con mayor autoeficacia para sexo seguro están más dispuestos a usar el condón en las siguientes relaciones sexuales. Siendo por tanto, la autoeficacia un predictor para el uso contante del condón. Sin embargo, cuando la autoeficacia se relaciona con otra variable como la edad su efecto disminuye.

Uribe, Orcasita y Vergara (2010) estudiaron la autoeficacia para VIH/SIDA en 978 estudiantes de 10 a 23 años ($\bar{X} = 14.41$, $DE = 1.96$), el 52% correspondió a mujeres y el 48% hombres. Los resultados indican que los hombres se perciben con mayor autoeficacia ($\bar{X} = 8.23$, $DE = 2.42$) que las mujeres ($\bar{X} = 8.18$, $DE = 2.55$) ambos con $p < .01$. De acuerdo a la edad se encontraron diferencias significativas en relación a la autoeficacia entre los estudiantes de 10 a 12 años ($\bar{X} = 9.13$, $DE = 2.94$), de 13 a 15 ($\bar{X} = 8.30$, $DE = 2.37$), de 16 a 18 años ($\bar{X} = 7.53$, $DE = 2.02$) y de 19 a 23 años ($\bar{X} = 6.70$, $DE = 3.16$) todas las anteriores con $p < .001$. Estos hallazgos sugieren que a medida que aumenta la edad es menor el nivel de autoeficacia.

Atwood, et al. (2010) estudiaron los factores protectores y de riesgo asociado a la conducta sexual en 420 adolescentes de 13 y 14 años, el 50.5% fueron mujeres y el 49.5% hombres. Reportaron que dentro de los factores individuales se encuentra la autoeficacia; encontraron correlaciones positivas entre la autoeficacia para el rechazo sexual, la actitud de postergar las relaciones sexuales ($r = 0.30$, $p < .0001$) y consecuencias de la infección de VIH ($r = 0.20$, $p < .0001$). La negativa sexual se correlaciono negativamente con la edad avanzada ($r = -0.19$, $p < .0001$). En el ámbito de la familia, la desaprobación de los padres sobre el sexo se correlaciono fuertemente con

el comportamiento sexual ($r = 0.31$), intenciones de tener sexo ($r = 0.38$) y haber tenido sexo ($r = 0.24$) todos los anteriores con $p < .001$. Asimismo, el monitoreo paterno se correlaciono fuertemente con el comportamiento sexual ($r = 0.18$), intenciones de tener sexo ($r = 0.19$) y haber tenido sexo ($r = 0.11$) todos los anteriores con $p < .001$. El tener novio se relaciono fuertemente con el comportamiento precoital ($r = 0.40$, $p < .001$) y se observo escasa correlación con intenciones de tener relaciones sexuales ($r = 0.22$) y haber tenido relaciones sexuales ($r = 0.15$) ambos con $p < .001$). Los factores de riesgo significativo para comportamiento precoital incluye tener novio/a ($\beta = .35$, $p < .001$). Los factores de protección incluye la desaprobación de los padres a las relaciones sexuales ($\beta = -.17$, $p < .001$) y la autoeficacia para el rechazo sexual ($\beta = -.11$, $p < .05$).

Uribe, Vergara y Berona (2009) estudiaron la percepción de autoeficacia en el uso del condón, en 217 adolescentes, de 12 a 18 años. Para ello, los autores realizaron un análisis de varianza ANOVA, reportaron una diferencia significativa en función del género ($F_{[1,212]} = 8.807$, $MSE = 2.663$, $p < .003$) y en función a la edad ($F_{[3,211]} = 4.345$, $MSE = 2.628$, $p < .005$). Se observó una diferencia en la percepción de la autoeficacia en el uso del condón entre mujeres ($\bar{X} = 7.25$, $DE = 1.774$) y hombres ($\bar{X} = 6.55$, $DE = 1.555$). Asimismo, encontraron diferencias significativas en la percepción de autoeficacia en los diversos rangos de edades, de 12 a 13 años ($\bar{X} = 7.86$, $DE = 2.189$), de 14 a 15 años ($\bar{X} = 6.81$, $DE = 1.513$) y de 16 a 18 años ($\bar{X} = 6.62$, $DE = 1.617$). Se encuentra mayor autoeficacia en las mujeres de edades de 12 a 13 años. Estos hallazgos indican que la mujer se percibe con mayor autoeficacia y a menor edad mayor nivel de percepción de autoeficacia para el uso del condón.

Gallegos, Villaruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou (200) implementaron un programa en el cual reportaron que la autoeficacia es un mediador de la intervención sobre las intenciones de usar el condón. Los resultados muestran que posterior a la intervención la autoeficacia presentó una ($p < .001$). Asimismo, mencionan que a

intervención fue efectiva en todas las edades y géneros. Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia es un factor protector importante para la conducta sexual segura.

Síntesis.

Los estudios sugieren que la autoeficacia es un factor protector que influye positivamente para evitar conductas sexuales de riesgo, a mayor nivel de autoeficacia menor probabilidad de riesgo para VIH/SIDA. Sin embargo, cuando la autoeficacia interactúa con otras variables no influye en esta; por lo que se puede decir que existen otras variables que disminuyen su efecto como la edad. Se considera un predictor para el sexo seguro

Resiliencia Sexual en el Adolescente.

Brook, Morojele, Zhang y Brook (2006) estudiaron las conductas sexuales de riesgo en 633 adolescentes de 12 a 17 años de edad. Los resultados del análisis de ecuaciones estructurales muestran que la impulsividad como atributo de la personalidad vulnerable no se relaciona con la conducta sexual de riesgo (hombres: $\bar{X} = 10.69$, $DE = 3.07$; mujeres $\bar{X} = 10.39$, $DE = 2.97$); total por ambos sexos ($\bar{X} = 10.51$, $DE = 3.01$, $t = 1.25$, $p > .05$). Estos hallazgos indican que la impulsividad no se relaciona con la conducta sexual del adolescente cuando interactúa con otras variables como la edad, la influencia de los padres, la familia.

Ferguson y Lynkey (1996) examinaron los factores asociados con la resiliencia en 1265 adolescentes de 15 a 16 años, de ellos el 49% fueron mujeres resiliente y el 50% mujeres no resilientes. Reportaron diferencias significativas en relación con el autoestima entre los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 37.1$) y no resilientes ($\bar{X} = 33.8$) con $p < .05$; cuidado materno entre los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 28.2$) y no resilientes ($\bar{X} = 26.5$) con $p > .10$; cuidado paterno entre los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 26.9$) y no resilientes ($\bar{X} = 23.1$) con $p < .05$; protección materna entre los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 8.2$) y no resilientes ($\bar{X} = 10.9$) con $p < .05$; protección paterna entre los adolescentes resilientes ($\bar{X} = 7.7$) y no resilientes ($\bar{X} = 9.7$) con $p > .10$; relación de

confidencialidad con un adulto entre los adolescentes resilientes (46%) y no resilientes (51.4%) con $p > .10$. Un factor protector es el apego de los amigos con ($\bar{X} = 8.6$), lo cual se relaciona significativamente con la resiliencia. Estos hallazgos indican que la relación de confidencialidad con un adulto, el cuidado materno y la protección paterna no se relacionan con la resiliencia cuando estas interactúan con otras variables como el género, hay una diferencia entre adolescentes resilientes y no resilientes.

Hunter y Chandler (1999) realizaron un estudio los niveles de resiliencia de acuerdo a la raza y el género. En 51 estudiantes, 28 mujeres y 23 hombres. Reportaron que el género y la raza tienen un efecto en los niveles de resiliencia, los adolescentes se perciben resiliente con una puntuación ($\bar{X}=5.3$) en un rango de (1-7). Las mujeres se perciben menos resilientes ($\bar{X} = 4.9$) que los hombres ($\bar{X} = 5.3$) ambos con $p < .01$. Los adolescentes Caucásicos ($\bar{X} = 4.9$) se aprecian menos resilientes que sus homólogos Latinos ($\bar{X} = 5.6$) y Afroamericanos ($\bar{X} = 5.2$) todas las anteriores con $p < .01$. En relación el autoestima y la autoeficacia las mujeres obtuvieron menos puntaje ($\bar{X} = 3.9$) que los hombres ($\bar{X} = 5.3$) ambos con $p < .01$. Los adolescentes Caucásicos ($\bar{X} = 3.1$) presentan menor puntaje que los Latinos ($\bar{X} = 5.0$) y Afroamericano ($\bar{X} = 5.2$) con $p < .01$. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes hombres de raza Latina tienen mayor nivel de autoestima, autoeficacia y resiliencia que les permite tener mejor proceso de adaptación a situaciones de riesgo.

Raffaelli y Crockett (2003) estudiaron los precursores para la toma de riesgos sexuales en 443 adolescentes, 51% mujeres de 16 a 17 años. Reportaron en el subgrupo de adolescentes que habían iniciado actividad sexual resultados potencialmente negativos entre la conducta y el aumento de riesgo sexual (relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales). En la regresión logística para predecir el sexo sin protección, el uso del condón en la última relación se asoció con el sexo, la educación materna y la estructura familiar ($X^2 (12, N = 229) = 33.10. p < .01$), las adolescentes que viven con un solo padre tenían mayor probabilidad de relaciones

sexuales sin protección ($B = 0.98, p < .05$) y adolescentes cuyas madres terminó la escuela secundaria presentaban menos probabilidades de relaciones sexuales sin protección ($B = -0.81, p < .05$). Estos hallazgos indican que la conducta de riesgo sexual en los adolescentes se ve influida por el ambiente familiar, por lo cual es necesario reforzar el apoyo familiar entre los miembros de la familia.

Mesa, Barella y Cobeña (2004) realizaron un estudio para identificar la conducta sexual en 84 adolescentes, 61.9% era mujer, la edad ($\bar{X} = 16.4$). Reportan que el 30.1% de los varones y el 22.5% de las mujeres realizaron la primera relación coital a la edad de 16 años, los que han tenido coito lo han realizado con la novia/o (72.7% mujeres y el 40% hombres) ambos sexos utilizan el preservativo como método anticonceptivo, en el 83.3% de las ocasiones. Mantienen sexo con penetración el 38.1%, han tenido 2 parejas sexuales el 22%, 3 parejas el 8.9% y 4 o más el 40%, todas las anteriores con $p < .001$. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes son una población sexualmente activa, susceptible de contagio a infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, siendo necesario fomentar actividades de promoción de la salud.

Obradović, Burt y Masten (2006) realizaron un estudio de los diferentes patrones de adaptación en 2002 adolescentes de 14 a 19 años. Los resultados mostraron cinco diferentes vías de adaptación 1= bajo-declinando, 2 = bajo-mejora, 3 = media-de superación, 4 = media-declinando, 5 = consistentemente alta, que le permiten al adolescente mayor nivel de competencia ($F = 5.56$) y mayor conducta de competencia ($F = 16.57$) ambas con $p < .01$. Los resultados muestran que el patrón de adaptación que se presenta más significativamente es el considerablemente alto para las situaciones de adversidad durante proceso de resiliencia, este a su vez se ve fortalecido por la competencia social.

Lohman y Billing (2008) estudiaron los factores protectores y de riesgo relacionados con la conducta sexual de riesgo y el debut sexual temprano en 528 adolescentes. Los resultados muestran que los factores protectores influyen

positivamente para reducir el inicio sexual temprano ($R^2 = 0.08$, $LR = 48.87$, $p < .001$), se presentó en forma significativa en los adolescentes con logros académicos y con adecuado apoyo familiar. Los factores de riesgo se relacionaron significativamente para el inicio de relaciones sexuales tempranas ($R^2 = .10$, $LR = 63.75$, $p < .001$).

Síntesis.

De los estudios analizados se puede concluir que la relación de confidencialidad con un adulto, el cuidado materno y la protección paterna son variables que influyen en la resiliencia. Sin embargo, cuando esta interactuando con otras variables como el género, la edad, la actividad no influye en esta, por lo que se puede decir que existen otras variables que disminuyen el efecto de la resiliencia. Por otro lado, los resultados muestran que la adaptación es fortalecida por la competencia social; la resiliencia y la competencia social se relacionan positivamente. Asimismo, los adolescentes que manifestaron problemas propios de la adolescencia se relacionaron significativamente con el inicio temprano de relaciones sexuales. Estos hallazgos sugieren la influencia positiva de los factores protectores y la influencia negativa de los factores de riesgo para la conducta sexual del adolescente y la resiliencia.

Estudios relacionados con intervenciones.

Lesser, Koniak-Griffin, Huang, Takayanagi y Cumberland (2009) evaluaron el efecto de una intervención para la prevención del VIH basada en la resiliencia, en 336 jóvenes latinos de 14 a 25 años, con hijos pequeños, asignados aleatoriamente al grupo experimental ($n = 164$ [84 parejas]) y al grupo control ($n = 172$ [86 parejas]). El grupo control recibió una intervención breve de hora y media de duración sobre la prevención del VIH. El grupo experimental recibió el programa educativo llamado “Respeto/Proteger” de 12 horas de duración, con el objetivo de fortalecer los factores protectores paternos como motivador para reducir la conducta sexual de riesgo. La

enseñanza fue basada en “el uso de un espejo”, que es una técnica en la cual se aplica estrategias de internalización, reflexión y orientación. El programa se divide en dos partes, la primera incluye temas como: comprendiendo la vulnerabilidad a la infección por VIH, actitudes y creencias acerca del VIH y el sexo seguro, prevención de enfermedades, habilidades para el uso del condón y habilidades para la negociación sexual. La segunda abarca la protección de los padres, la cual, integra actividades de escritura y discusiones para mejorar los aspectos positivos de las normas de relación y motivar a la reducción de la conducta sexual de riesgo, basada en la cultura latina y la resiliencia. El rol de los facilitadores no solo fue ser maestro y guía, sino también modelos de crianza y conducta. Todos los participantes completaron los cuestionarios base, de ellos 228 (67.9%) completaron los de seguimiento de 3 y 6 meses.

Reportaron las proporciones de grupo de los episodios de relaciones sexuales sin protección en cada momento, estratificada por grupo de tratamiento, protección de los padres y género. En las mujeres del grupo control se observó pocos cambios en las relaciones sexuales sin protección con bajo nivel de protección masculina con el tiempo (medición basal 74.4%, tres meses: 72.1%, seis meses 72.2%), los hombres presentaron una disminución de las relaciones sexuales sin protección con bajo nivel de protección femenina con el tiempo (medición basal 66.5%, tres meses: 72.1%, seis meses 59.8%). En el grupo experimental, en las mujeres se observó disminución entre la medida basal y los seis meses con el tiempo (medición basal 72.7%, tres meses: 68.6 %, seis meses 58.4%), en los hombres una disminución en las tres mediciones (medición basal 66.5%, tres meses: 72.1%, seis meses 59.8%). En general, el grupo intervención mosto una disminución moderada en comparación con el grupo control.

Así mismo, reportaron el efecto global de la intervención, este se probó mediante el coeficiente de grupo por tiempo. Este fue significativo tanto para mujeres ($p < .002$) como para los hombres ($p < .031$). Lo que indica un efecto significativo global de la intervención en la reducción de las relaciones sexuales sin protección con el tiempo en el

grupo de tratamiento comparado con el grupo control, el valor pequeño de p para las mujeres indica mayor efecto en ellas. Las estimaciones para el parámetro de interacción tanto para hombres (-.082) y mujeres (-.192) fueron negativas, mostrando una reducción en las relaciones sexuales sin protección con el tiempo. El efecto moderador de la protección paterna (resiliencia) fue probada usando la protección por grupo por tiempo, en la mujer con ($p < .036$) lo que indica un importante efecto moderador de la protección. El parámetro de protección por grupo por tiempo con estimación de (-1.438), en el modelo femenino fue altamente significativo ($p < .006$) en comparación con el masculino estimación (-.137, $p < .389$). Estos hallazgos indican que la intervención basada en resiliencia mejoró el factor protector paterno, permitiendo de esta manera disminuir el riesgo sexual, al considerar el adolescente la importancia de la relación con su hijo y la responsabilidad de cuidarse para él y su pareja.

Síntesis.

Implementar una intervención basada en resiliencia logra el desarrollo de factores de protección en el adolescente, fomentándose como consecuencia relaciones proximales con amigos y familiares, relaciones interpersonales gratificantes y una mayor capacidad para manejar los problemas propios de la adolescencia y en consecuencia disminución de las situaciones de riesgo.

Síntesis de la Revisión Bibliográfica

La revisión realizada de los factores de riesgo fue en relación a variables tales como: incertidumbre, invulnerabilidad y afrontamiento defensivo, estas se relacionan con las conductas de riesgo sexual, los resultados muestran que a mayor presencia de estas menor nivel de resiliencia. Los adolescentes que presentan mayor número de factores protectores familiares, sociales e individuales (afrontamiento positivo, conocimiento, autoestima y autoeficacia), tienen mayor nivel de resiliencia y menos conductas sexuales de riesgo; por tanto, más capacidad para la toma de decisiones para

identificar y evitar los riesgos sexuales. En este sentido, los valores conservadores de la familia influyen para retardar el inicio relaciones sexuales. En el caso de la variable autoeficacia disminuye su efecto cuando se relaciona con la edad, a más edad menor nivel de autoeficacia. Asimismo, se observó que la edad, el género y la experiencia sexual disminuyen el efecto de la resiliencia.

El resultado de la intervención basada en demostró su efectividad, fue proporcionada a través de un programas psicoeducativo con dosis de doce horas de duración, se aplicaron semanalmente, se impartió con técnica cognitivo-comportamiento y con fundamentación teórica. Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa. Los adolescentes fueron reclutados en los centros escolares, donde se realizó la entrega de la intervención, contó con manuales para la aplicación del currículo. Los resultados muestran aumento de los niveles de resiliencia y de los factores de protección familiar social e individual.

De acuerdo a lo anterior se observa que no se ha modelado la resiliencia y la competencia social en programas de intervención donde ambos conceptos sean utilizados para prevenir conductas sexuales de riesgo, a pesar que diversos estudios identifican que ambas variables se relacionan significativamente. Además de que la resiliencia no ha sido modelada a nivel preventivo sino solo cuando existe la enfermedad y diversos autores sugieren que su uso a nivel preventivo permitirá mejorar la capacidad en el adolescente para contrarrestar las situaciones de riesgo sexual para VIH/SIDA. Por lo que consiste un vacío en el conocimiento. De acuerdo a lo anterior se propusieron siete hipótesis:

Hipótesis

1. Los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron, posterior a la intervención.

2. Los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de invulnerabilidad al VIH y afrontamiento defensivo que los que no participaron, posterior a la intervención.
3. Los adolescentes que participaron en la intervención perciben mayor apoyo familiar y social para la conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención.
4. Los adolescentes que participaron en la intervención tienen mayor conocimiento sobre VIH/SIDA, afrontamiento positivo al riesgo sexual, autoestima y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención.
5. Los adolescentes que participaron en la intervención reportan mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron, posterior a la intervención.
6. El efecto de la intervención está moderado por el género, la edad y la experiencia sexual del adolescente.
7. Los factores de riesgo sexual y los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual del adolescente.

Definición de Términos

Factores de riesgo sexual.

La *incertidumbre sexual* Es el grado en que el adolescente no tiene claro sus creencias y valores sexuales y de cómo debe reaccionar ante lo que le está aconteciendo en cuanto a sexo se refiere y se midió con la escala de Incertidumbre Sexual (Peter & Valkenburg, 2008).

La *invulnerabilidad al VIH* es la percepción que posee el adolescente de que no tiene riesgo de infectarse con el VIH y se midió con la Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH (Lux & Petosa 1994).

El *afrentamiento defensivo al riesgo sexual* incluye estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual y se midió con la Escala de Afrontamiento (JCS; Jalowiec, 2003).

Factores de protección del riesgo sexual.

El *apoyo familiar al riesgo sexual* son las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras y se midió con la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Cutrona & Russell, 1984; Darbes & Lewis, 2005).

El *apoyo social al riesgo sexual* es el apoyo percibido por el adolescente de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro y se midió con la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Cutrona & Russell, 1984; Darbes & Lewis, 2005).

El *afrentamiento positivo al riesgo sexual* son las estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo y se midió con la Escala de Afrontamiento Jalowiec (JCS; Jalowiec, 1987).

El *conocimiento sobre VIH/SIDA* es la información que posee el adolescente sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH/SIDA que le permite la toma de decisiones sobre conductas de sexo seguro y se midió con el Cuestionario de Conocimiento para Embarazo, SIDA e ITS (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992).

El *autoestima* es la percepción positiva de valía personal que el adolescente posee, que le permite hacer frente a situaciones de riesgo sexual y se midió con la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).

La *autoeficacia para conducta sexual segura* es la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo

para VIH/SIDA y se midió con la escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001).

Factor resultado.

La resiliencia sexual en el adolescente es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el VIH/SIDA. Lo anterior se verá reflejado con conductas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón, la monogamia, la búsqueda de orientación sobre ITS-VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH en quienes hayan tenido conductas riesgo. Se midió con la Escala de Resiliencia de Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993) y la escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Villarruel, et al. 2004).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el método que se utilizó para el presente estudio. Se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, instrumentos de medición, proceso de reclutamiento, procedimiento de recolección de la información, selección y levantamiento de datos, así como la descripción de la intervención, los aspectos éticos y el plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

Se utilizó el diseño de estudio cuasi-experimental, con grupo control (Burns & Grove, 2009). La variable independiente será la intervención y la variable dependiente será el resultado de la intervención sobre los factores de riesgo sexual (incertidumbre sexual, invulnerabilidad al VIH y afrontamiento defensivo al riesgo sexual), los factores de protección del riesgo sexual (apoyo familiar y social para la conducta sexual segura, afrontamiento positivo al riesgo sexual, conocimientos sobre VIH/SIDA, autoestima y autoeficacia para conducta sexual segura) y la resiliencia sexual en el adolescente. El grupo experimental recibió la intervención semi-presencial (2 sesiones presenciales y 6 sesiones por medio de una plataforma por Internet) “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” basada en el desarrollo de competencias sociales utilizando el modelo de resiliencia sexual en el adolescente para la prevención de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA y el grupo control recibió información sobre reducción de riesgos a la salud en un video por Internet.

Tabla 1 Diseño cuasiexperimental dos grupos, dos mediciones

Grupo	(pretest)		(postest)
Experimental	O ₁	Te	O ₂
Control	O ₁	Tc	O ₂

Nota: Te = Tratamiento experimental; Tc = Tratamiento control; O = Observaciones

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 17 años de una institución educativa del área metropolitana de Monterrey y que desearon participar en el estudio. Se asignó aleatoriamente el tipo de intervención, en una se implementó la intervención “Conéctate: Un programa sobre Sexualidad Responsable” y en la otra el Video educativo. El muestreo fue por conglomerados unietapico por grupo y el tamaño de muestra fue de 200 adolescentes calculado para un modelo de Regresión Lineal Múltiple con 18 variables para un coeficiente de determinación entre medio y alto (Cohen, 1983) de $R^2 = .12$ y un poder del 90%. Se consideró que existiría una deserción del 20% por lo que la muestra total considerada fue de 250 (125 grupo experimental y 125 grupo control).

Criterios de Exclusión

Adolescentes casados o que vivan en unión libre.

Mediciones e Instrumentos

El llenado de los instrumentos se realizó a través del portal SurveyMonkey, que es una plataforma flexible para recolección y análisis de datos en línea. Debido a que los instrumentos para medir incertidumbre sexual, invulnerabilidad al VIH, apoyo social para la conducta sexual segura y afrontamiento defensivo y positivo al riesgo sexual se

encontraban en el idioma Inglés, se realizó la traducción de los mismos al Español por medio del método de Black-Translation en tres fases (Burns & Grove, 2009; Costa, & de Brito, 2002; Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993). La primera consistió en la traducción del instrumento al español por un traductor profesional cuya lengua materna fue el español, el objetivo fue realizar la traducción lingüística, semántica y conceptual; así como que las expresiones utilizadas fueran culturalmente relevantes. Segunda fase: se realizó la traducción de nuevo al inglés de la versión en español por un traductor profesional cuya lengua materna fue el inglés. Tercera fase: se realizó la revisión y comparación de las traducciones realizadas por dos profesionales expertos en la temática de prevención de VIH/SIDA en adolescentes para la obtención de la versión final y detectar diferencias y discrepancias entre ambas versiones.

Cabe destacar que adicionalmente a los instrumentos de medición se utilizó, la escala de Complacencia Social de Marlon-Crowne (MC-C; Reynolds, 1982) que contiene 13 reactivos para medir si los participantes tienden a describirse en términos socialmente favorables para ganar la complacencia de otros; se utilizará para la validación de los resultados. Un ejemplo de reactivo es algunas veces se me hace difícil seguir mi trabajo si no estoy animado, con respuestas de 0=falso y 1=verdadero. Con rango de 0 a 13, mayor puntuación refleja menor complacencia social. Reporta un Alpha de Cronbach de .68. Para validar la consistencia interna de la escala original de 33 ítems Crowne y Marlone (1960) remitieron la escala a 10 jueces para evaluación de los ítems, el 90% de coincidencia se obtuvo en las respuestas dadas por los jueces, resultando adecuada para ser aplicada en el sentido socialmente deseable. Esta escala fue adaptada a una versión corta con 13 ítems (Reynolds, 1982), seleccionando los ítems 3, 6, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 26, 28, 30 y 33 para conformar la MC-C; obteniendo un aceptable nivel de confiabilidad $r_{KR-20} = .76$. La carga factorial para cada ítem va de .39 a .54 con un carga media de .46 (ver apéndice A).

Cédula de datos.

La cédula de datos demográficos, constó de dos secciones. La primera incluyó datos como fecha, edad en años cumplidos, sexo, semestre, la experiencia previa de información sobre sexualidad, ITS y VIH/SIDA en los últimos tres meses y dos preguntas sobre la estructura familiar (ver apéndice B).

Incertidumbre sexual.

La variable de incertidumbre sexual se midió con la Escala de Incertidumbre Sexual (Peter & Valkenburg, 2008) adaptado de Self-Concept Clarity Scale (Campbell et al. 1996). Esta escala evalúa la incertidumbre acerca de las creencias y valores sexuales. Está compuesto por 6 reactivos; un ejemplo de reactivo es en cuanto a sexo se refiere mis creencias cambian a menudo. Con una escala de respuesta que va de 1=totalmente desacuerdo a 5 =totalmente de acuerdo y con rango de puntuación total de 6 a 30. A mayor puntuación mayor incertidumbre sexual. Los ítems fueron cargados en un factor con una varianza explicada del 74 %. Este instrumento ha presentado coeficientes de confiabilidad aceptables alpha de Cronbach de .93 (ver apéndice C).

Invulnerabilidad al VIH.

La variable invulnerabilidad al VIH se midió a través del instrumento de Susceptibilidad Percibida (Lux & Petosa, 1994). Este instrumento evalúa la susceptibilidad percibida de una infección por VIH en los adolescentes. La escala se compone de 6 ítems, un ejemplo de reactivo es, soy demasiado joven para infectarme con VIH. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo likert con cuatro categorías de respuestas que van desde 1= de acuerdo, 2= levemente de acuerdo, 3= levemente en desacuerdo a 4= en desacuerdo. Con puntuación total en un rango de 6 a 24, puntajes bajos indican menor percepción de susceptibilidad al riesgo de contagio por VIH. La validez contenido fue realizada por un panel de ocho expertos en la temática (tres expertos en el Modelo de Creencia de Salud, tres expertos en instrumentos de medición y dos expertos en prevención de VIH en adolescentes), los 6 ítems fueron

considerados adecuados para medir la susceptibilidad percibida. Esta escala reportó un Alpha de Cronbach de .72 (Lux & Petosa, 1994; ver apéndice D).

Afrontamiento defensivo y positivo del riesgo sexual.

Las variables de afrontamiento defensivo y positivo al riesgo sexual se midieron con la Escala de Afrontamiento Jalowiec (Jalowiec, 2003), la cual mide tanto afrontamiento defensivo como afrontamiento positivo. El instrumento evalúa el grado de utilización y de efectividad percibida sobre las estrategias cognitivas y conductuales que el adolescente emplea para afrontar el estrés producido por los problemas. La escala puede ser utilizada de dos formas la general o la específica, para el presente estudio se seleccionó la forma específica; en las instrucciones el investigador designa la situación estresante, en este caso será las situaciones de riesgo sexual. La escala se compone de 8 estilos de afrontamiento, que corresponden al afrontamiento defensivo: a los estilos evasivo, fatalista y emotivo y al afrontamiento positivo: a los estilos confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguro de sí mismo. Un ejemplo de reactivo del estilo evasivo es: traté de huir del problema por un tiempo y otro ejemplo de reactivo del estilo confrontativo es: pensaba en diferentes maneras para manejar la situación. Las respuestas se presentan en dos partes. La parte A, evalúa la frecuencia con la que se ha utilizado el método de afrontamiento presentada en escala de tipo Likert de cuatro puntos, 0=nunca utilizado, 1=rara vez utilizado, 2=a veces utilizado, 3=a menudo utilizado. La parte B mide lo útil que fue el método para afrontar el problema de riesgo sexual, las respuestas se presentan en escala tipo Likert de cuatro puntos, 0=no es útil, 1=poco útil, 2=algo útil y 3=muy útil.

El estilo de afrontamiento evasivo abarca 13 ítems (7,10,14, 18, 20, 21,28, 35, 40, 48, 55, 56, 58) con puntuación de 0-39, el estilo de afrontamiento fatalista consta de 4 ítems (9, 12, 23, 60) con puntuación de 0-12, el estilo de afrontamiento emotivo incluye 5 ítems (1, 8, 24, 46 y 51) con puntuación de 0-15, el estilo de afrontamiento confrontativo abarca 10 ítems (4, 13, 16, 25, 27, 29, 33, 38, 43, 45) con puntuación de 0-

30, el estilo de afrontamiento optimista consta de 9 ítems (2, 5, 30, 32, 39, 47, 49, 50, 54) con puntuación de 0-27, el estilo de afrontamiento paliativo incluye 7 ítems (3, 6, 26, 34, 36, 44, 53) con puntuación de 0-21, el estilo de afrontamiento de apoyo contiene 5 ítems (11, 15, 17, 42, 59) con puntuación de 0-15 y el estilo de afrontamiento de seguridad de si mismo consta de 7 ítems (19, 22, 31, 37, 41, 52, 57) con puntuación de 0-21. La puntuación total para afrontamiento negativo va de 0 a 66 y la puntuación total para afrontamiento positivo va de 0 a 114. En relación a la validez de contenido fue evaluado mediante un examen por un panel de expertos conformado por 25 enfermeras investigadoras para determinar el acuerdo de si los ítems eran los adecuados; la subescala de apoyo presentó mayor acuerdo entre los jueces en un 94%, la de menor acuerdo fue la subescala emotivo en un 54% y con un acuerdo total de 78% para las ocho subescalas). El análisis de la consistencia interna del instrumento ha presentado coeficientes alpha de Cronbach entre .88 y .91 (Jalowiec, 1984; ver apéndice E).

Apoyo familiar para la conducta sexual segura, apoyo social para la conducta sexual segura.

Se utilizó la Escala Provisión Social para Sexo Seguro para medir el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura. (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1984). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Esta contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar y el resto miden apoyo social. Un ejemplo de reactivo es, puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro. Las respuestas están en escala tipo likert que van de 1 a 5; 1=totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni deacuerdoi ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo. Con puntuación total de 96 a 385. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y social para la prevención del VIH. Este instrumento reportó un de Alpha de Cronbach .94 (ver apéndice F).

Conocimiento sobre VIH/SIDA.

La variable conocimiento se midió a través del Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, SIDA e ITS (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992). Este instrumento valora el conocimiento sobre los medios de transmisión, prevención y detección de ITS-VIH/SIDA. Está compuesto por 24 reactivos con una escala de respuesta de falso, verdadero y no sabe, un ejemplo de reactivo es: si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades. Cada respuesta contestada correctamente se le asigna un punto y a las respuestas incorrectas se les asigna 0; por lo que mayor puntuación indica mayor nivel de conocimiento. Los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 la respuesta correcta es Falso. . El cuestionario ha sido probado con Latinos de habla hispana entre 13 y 18 años de edad (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Villarruel, et al. 2004). Este instrumento ha reportado un Alpha de Cronbach de .77 (ver apéndice G).

Autoestima.

La variable de autoestima se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg ,1965). Esta escala mide el nivel de autoestima. El instrumento consta de 10 reactivos y un ejemplo de reactivo es, siento que soy una persona de valor, al igual que otras personas. Las opciones de respuesta corresponden a una escala de Guttman con cuatro categorías de respuestas que van desde 1= totalmente en desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = acuerdo a 4 = totalmente de acuerdo, con un rango de puntaje de 10 – 40, a mayor puntaje, indica más alta autoestima. Esta escala reportó un Alpha de Cronbach de .92 y un coeficiente de estabilidad de .72 (Silber & Tipper, 1965; ver apéndice H).

Autoeficacia para conductas sexuales seguras.

Esta variable se midió a través de la escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27; López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Adaptada para adolescentes mexicanos de la Self-efficacy Scale for AIDS (SEA22) de Kasen, Vaughan y Walter (1992). Esta escala mide la autoeficacia sexual para prevenir el SIDA en cuatro

aspectos: 1) capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, 2) capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo 3) capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón y 4) capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres. Contiene 27 reactivos, un ejemplo de reactivo es, ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?. Las respuestas están en escala tipo likert que va de 1 a 5 donde 1 = nada seguro, 2 = algo seguro, 3 = medio seguro, 4 = muy seguro y 5 = total seguro. Con puntuación total en un rango de 27 a 135, puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia. Presenta buena validez discriminativa y una estructura tetradimensional, definida por una técnica de rotación ortogonal (Varimax): a) el primer factor comprende 11 elementos que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias. Explica el 25.82% de la varianza total y presenta una consistencia interna de .92, b) el segundo factor comprende 8 elementos referentes al uso del preservativo. Explica el 14.29% de la varianza total, con consistencia interna de .75, c) el tercer factor comprende 4 elementos sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. Explica el 9.6% de la varianza y tiene una consistencia de .75) por último el cuarto factor está compuesto por cuatro elementos sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo. Explica el 8.7% de la varianza total y tiene una consistencia interna de .8. Este instrumento ha reportado un de Alpha de Cronbach .91 (ver apéndice I).

Resiliencia sexual en el adolescente.

La resiliencia sexual en el adolescente se midió a través de dos escalas: escala de Resiliencia para Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993) y la Escala de Conducta Sexual (Villarruel, et al., 2004). La primera escala mide el nivel de resiliencia para sexo seguro, está formada por 22 ítems. Un ejemplo de reactivo es, si hiciera planes para tener sexo

seguro los llevaría a cabo. Las respuestas están en escala tipo likert que va de 1 a 5, 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = indeciso (ni en acuerdo, ni en desacuerdo), 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo, con rango de 22–110, a mayor puntaje indica alto nivel de resiliencia. La escala está compuesta por dos subescalas, la subescala de competencia personal que consiste en 18 reactivos (13, 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 1, 3, 4, 5, 9, 10, 2, 6, 20,21) y la subescala aceptación de sí mismo y la vida, compuesta por 4 reactivos (7, 8, 12, 16,). Presenta un coeficiente de confiabilidad .94 (ver apéndice J).

La Escala de Conducta Sexual (Jemmontt, Jemmont, & Fong, 1992; Villarruel, et al. 2004). Consta de 38 reactivos mide la frecuencia, uso de condón, diferentes parejas y conducta en los pasados 3 meses. Un ejemplo de pregunta es, ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?. La opción de respuesta para las preguntas sobre conducta sexual son: 0 = yo nunca he tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, 1 = si y 2 = no. Con un rango de puntuación total de 0 a 76. El cuestionario ha sido probado con Latinos de habla hispana entre 13 y 18 años de edad Este instrumento ha reportado un de Alpha de Cronbach de .67 a .72 (ver apéndice K).

Procedimiento para el Diseño de la Intervención Semi-presencial “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”

El procedimiento se realizó en tres etapas. Primera etapa: Durante esta etapa se efectuó una revisión detalla del contenido temático del programa “Prevención del VIH/SIDA en adolescentes de Monterrey, México” (López & Moreno, 2000) junto con la autora de la intervención original para realizar una reestructuración del currículo. Después se seleccionaron los contenidos a utilizar de este programa de acuerdo al Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente propuesto en el presente estudio. Quedando de esta manera el primer bosquejo de los contenidos temáticos para la intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”.

En la Segunda Etapa: Se consultó con expertos en el diseño de competencias y el uso de las TIC, para verificar si los contenidos corresponden a los componentes teóricos que guían la intervención y si estos podrían lograr un aprendizaje significativo a través de la interacción humano computadora. Teniendo la certeza que los temas seleccionados son los pertinentes, se elaboraron las competencias generales y las competencias específicas que se pretende desarrollar en los adolescentes durante su participación. Se verificó que cada una de las competencias impactará las variables mediadoras (factores de riesgo y de protección sexual) entre la intervención y la resiliencia sexual. Con base a lo anterior se realizó el programa de intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” (ver apéndice M), el cual emplea estrategias educativas innovadoras para cada una de las actividades de la intervención que corresponden a las competencias que se requieren llegar a alcanzar para la resiliencia sexual en el adolescente.

La tercera etapa consistió en el procedimiento para el diseño de la Intervención por Internet. Esta etapa estuvo compuesta por tres fases que serán descritas a mayor detalle a continuación, utilizando el método de Webb, Joseph y Yardeley, 2010.

Preparación.

Esta fue la primera fase del proceso de diseño de la intervención por Internet y tuvo por objetivo analizar de manera detallada que el contenido que se estaba planteando en la intervención fuera suficiente para cumplir con las competencias esperadas. Esta fase estuvo a cargo de los autores del proyecto así como de un grupo de expertos del área de enfermería, psicología, educación e interacción humano computadora que proveyó guía científica y conceptual. El primer paso de esta fase consistió en hacer una subestructuración teórica para asegurar que los objetivos planteados en la intervención estuvieran derivados de la teoría. Posteriormente, el grupo de expertos plantó los alcances de dichos objetivos, prioridades y programó los tiempos de las actividades en cada sesión de la intervención interactiva en línea. Adicionalmente, se seleccionó las

técnicas más efectivas para el cambio de conducta que se ha utilizado en otras intervenciones en línea y se integrarán las sesiones (Abraham & Michie, 2010). Con base a esto y considerando las características de las intervenciones exitosas en línea (Webb, Joseph & Yardley, 2010), los expertos en interacción humano computadora y el equipo de diseño bosquejaron la página de internet con módulos interactivos. Se determinó la fuente y el tamaño de la letra, la grafica y el texto que se incluyeron y las especificaciones necesarias para acceder a la página de internet. El grupo de diseño escribió un manual con los códigos de las funciones del sitio en línea para la intervención con la finalidad que se pueda realizar la retroalimentación del sitio las veces que sean necesarias.

Proceso del diseño.

La segunda fase del proceso diseño que implicó determinar los lineamientos a seguir para desarrollar cada módulo interactivo. De tal modo que el sitio de internet final es el conjunto de todos estos módulos. En esta etapa fue necesario considerar las diferentes situaciones que pudiesen presentarse al momento de que la página de Internet iba a ser utilizada por los participantes para poder plantear la solución de estas ventajas. Posteriormente se revisó de nuevo los códigos de programación con las especificaciones detalladas. Cuando la página web fue concluida se asignó un password y contraseña a la persona que se encargó de administrar la página.

Evaluación del diseño.

Con base a los resultados obtenidos se revisó el plan de entrega de la intervención y sus componentes, en esta fase fue necesario realizar una revisión profunda y realizar las modificaciones necesarias. Con el fin de mejorar el contenido, la presentación del programa y ver lo que funcionó y lo que no, se realizó un proceso de retroalimentación al término de cada una de las sesiones tanto con los participantes como con los facilitadores. También se evaluaron el proceso, los servicios proporcionados y los recursos usados; esto con el fin de obtener información detallada sobre cómo se

presentaría el programa. Con base al análisis de esta fase se integraron los cambios pertinentes a la página web de la intervención interactiva final.

Procedimiento del estudio

Una vez obtenida la autorización de los comités respectivos y teniendo completa la plataforma para la intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”, se solicitó autorización de la institución educativas de donde se reclutó los adolescentes participantes. Una vez obtenidas las cartas de aprobación, se realizó el reclutamiento a través de convocatorias y sesiones informativas tanto a los padres como con los adolescentes del grupo de control y del grupo experimental que estuvieron interesados en participar para dar a conocer el propósito del estudio y la intervención por Internet. A todos los interesados se les consideró participantes potenciales, por lo que a través de una pregunta filtro se eliminaron aquellos adolescentes que estuvieron casados o vivan en unión libre. Una vez que aceptaron participar se contó con el consentimiento informado (ver Apéndice N) de uno de los padres o tutor y el adolescente firmó un asentimiento (ver Apéndice O). En este se les informó que se respetaría la confidencialidad y la seguridad de la información proporcionada por el adolescente.

Después se les asignó un número de usuario y clave de acceso para entrar a la plataforma educativa y se les dio un tutorial sobre el uso de la misma. Asimismo, se les indicó la fecha de las sesiones presenciales. Debido a que los instrumentos de medición fueron aplicados por medio del portal SurveyMonkey se les mandó un link automático al servidor para el llenado de los cuestionarios antes y después de que recibieron la intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”. Cabe destacar que una persona estuvo encargada del manejo día con día de la implementación y la intervención en la plataforma educativa estuvo moderada por seis facilitadores a los cuales se les asignó un grupo entre 10 y 13 participantes y se les capacitó de acuerdo a los contenidos y tiempos de la intervención (ver apéndice P).

Tratamiento del Grupo Experimental-Programa educativo “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”

La dosis del tratamiento se realizó en dos sesiones por semana, cada una de 1 hora de duración, en un periodo de cuatro semanas. La entrega de la intervención estuvo a cargo de seis facilitadores. El protocolo de intervención psicoeducativa “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” aborda la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes, a través de la resiliencia y la competencia social (Ver Apéndice Q). Posee dos componentes: educativo y psicológico. El componente educativo se contempla en las sesiones que proporcionan información sobre Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, mecanismos de transmisión, medidas de prevención; los cambios biopsicológicos de la adolescencia y percepción de vulnerabilidad a la infección de VIH/SIDA (sesión 1, 2). El componente psicológico está representado por las actividades orientadas a promover un incremento en los niveles de competencia social y resiliencia. Se integra por tres elementos, 1. Inteligencia emocional (identificación de los factores de protección [familiar, social e individual], el valor de la familia, estrategias para aumentar los niveles de autoestima y autoeficacia , sesión 3, 4); 2) Habilidades sociales y comunicación eficaz (fortalecimiento de los factores de protección y reducción de los factores de riesgo, estrategias para negociar el sexo seguro, sesión 5, 6); 3) Resiliencia (desarrollo de los valores individuales y familiares, noviazgo, identificación de las estrategias de afrontamiento positivo, estrategias para aumentar los niveles de resiliencia, sesión 7, 8). Posterior a cada sesión y durante la siguiente semana se reafirmaron los conocimientos proporcionados a través de un repositorio electrónico de información. El repositorio fue modificado semanalmente de acuerdo al tema de la sesión impartida. Así mismo, se utilizó material didáctico en línea para apoyo del proceso enseñanza aprendizaje.

Tratamiento del Grupo de Control

El tratamiento consistió en la proyección de un video por internet, el cual tuvo una hora de duración sobre reducción de riesgos a la salud. La entrega de la intervención estuvo a cargo de una facilitadora. El video poseyó información relacionada con nutrición, salud mental, prevención del uso de drogas, violencia y accidentes. El tratamiento se integró de dos elementos. El primero contiene información sobre educación para la salud, conducta saludable y la importancia de la reducción del daño. El segundo elemento posee información dirigida a la modificación de la conducta a través de la reducción de riesgo por medio de diferentes temas que se trataron: nutrición, salud mental, prevención del uso de drogas, violencia y accidentes.

Minimización de Amenazas a la Investigación

Para minimizar las amenazas a la validez interna de la presente investigación se realizaron las siguientes estrategias (Burns & Grove, 2009; Sidani & Braden, 1998). La investigadora principal no participó en la intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”, con el fin de que no se mezclara de forma directa en el proceso y con ello se evitó la posibilidad de amenaza de compensación del tratamiento. La función de la investigadora principal se dirigió a coordinar las actividades relacionadas con la implementación, así como realizar las gestiones necesarias para que esta se lleve a cabo. Asimismo, se entrenó a los facilitadores en la entrega del protocolo de intervención por Internet. Se estandarizó la intervención por medio de un manual elaborado por competencia que fue guía para el desarrollo de la entrega del currículo. Se elaboró un manual para la capacitación de los facilitadores para asegurar que la información que se proporcionó fuera homogénea.

La fidelidad al apego de las actividades de la intervención se evaluaron en tres momentos, antes de la entrega, durante la entrega y posterior a la entrega del currículo. Antes de la entrega se verificó los conocimientos, habilidades y actitudes de los

facilitadores sobre la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA, a través de un cuestionario que se aplicó en el entrenamiento. Durante la entrega de la intervención por internet, se utilizó un cronograma de actividades, en el cual la investigadora principal y los facilitadores dieron seguimiento del proceso de entrega de la intervención. Además, se empleó una lista de cotejo de las actividades de cada sesión para verificar el apego de los facilitadores al currículo. Al término de cada sesión los facilitadores respondieron un cuestionario para analizar el cumplimiento de las actividades planeadas, el monitoreo del tiempo asignado a cada una de ellas e interés demostrado por los adolescentes y por último se realizó una reunión con los facilitadores para la retroalimentación de la intervención.

Medidas para evitar pérdida de los participantes.

Se plantearon diversas medidas para evitar la pérdida de participantes: 1) se les hizo énfasis de la importancia de completar la intervención y los seguimientos durante la finalización de cada una de las sesiones; 2) se solicitó la dirección y número telefónico, así como el de de dos conocidos o familiares para poder localizarlos en caso de que no se les pueda contactar; 3) se les llamó por teléfono para recordarles sobre las sesiones y 4) se les envió por correo electrónico recordatorios tanto de las sesiones, actividades por realizar, uso de repositorios y cuestionarios de seguimiento. Cabe desatacar que tanto para las sesiones en línea como para el llenado de los cuestionarios durante el seguimiento, a los participantes que expresaron que el impedimento para continuar en el estudio se debía a la falta de computadora o del uso del Internet, el investigador principal realizó las gestiones para que utilicen las salas de computo de las escuelas en un horario que no intervinieran en sus clases.

Reclutamiento de los facilitadores.

El reclutamiento de los facilitadores estuvo a cargo del investigador principal. Se establecieron como criterios de selección: 1) ser profesional de la salud; 2) tener experiencia en manejo de la temática de VIH/SIDA; 3) capacidad de trabajo en equipo;

4) tener habilidad para la comunicación con los adolescentes; 5) disponibilidad de horario; 6) poseer habilidad para el manejo de la tecnología.

La difusión para la selección de los facilitadores se hizo mediante convocatorias a personal de salud por medio de anuncios, con los interesados se programó una entrevista y se les aplicó un cuestionario para identificar a los aspirantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad. A los facilitadores seleccionados se les explicó las responsabilidades y compromisos adquiridos para la implementación del currículo, se enfatizó en la disponibilidad de tiempo para el entrenamiento y la asistencia a las sesiones presenciales y en la plataforma educativa. Debido a que al menos se requirieron seis facilitadores se contrataron ocho para tener dos emergentes en caso de que alguno no pudiera en los tiempos estipulados. Quince facilitadores recibieron un entrenamiento para ejecutar el currículum “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” en cuanto a contenidos, estrategias y habilidades necesarias. Uno recibió un entrenamiento para ejecutar la intervención de reducción de riesgos a la salud en el grupo de control. Previo a ello, para asegurar la homogeneidad de los grupos a cada facilitador se le proporcionará un código, con el código se le asignó aleatoriamente al tratamiento del grupo experimental o del grupo control. Todos los facilitadores al terminar las sesiones y la intervención llenaron un cuestionario donde reportaron el desarrollo de la sesión, si existieron problemas con la implementación y si cubrieron las actividades de acuerdo a la sesión descritas en el programa.

Consideraciones Éticas

Para la realización del estudio se tomó en cuenta lo establecido en el Capítulo I, artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al Artículo 13 se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y bienestar de los participantes en el estudio, durante el reclutamiento,

selección de los participantes, así como en el tratamiento. La participación de los adolescentes solo fue del conocimiento del investigador principal, los colaboradores del proyecto, los padres y los otros adolescentes que participaron en su grupo de intervención, así mismo la información colectada solo fue manejada por el investigador principal y se dio a conocer en forma general.

Artículo 14, fracciones VII y VIII y el Artículo 22 se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la implementación de la intervención y de acuerdo al Artículo 29 se contó con la autorización de las instituciones educativas seleccionadas. Se cumplió con el artículo 16 referente a la protección de la privacidad y confidencialidad del adolescente, estos fueron identificados solamente por medio de códigos. Después de dos años de haber concluido la intervención se destruirán los cuestionarios. De acuerdo al Artículo 17 se considero la investigación de riesgo mínimo ya que se tratarán aspectos sensitivos de la conducta.

De acuerdo al Artículo 21, fracciones I, II, VI, VII y VIII y IX se les dió una explicación clara y completa al participante del propósito de la investigación, del procedimiento que se realizó en caso de aceptar, dosis del tratamiento, la garantía de que recibirían información ante cualquier pregunta o duda que tuviera y que podría retirarse en cualquier momento de la intervención sin que esto lo perjudique. Se mantuvo la confidencialidad de los participantes y de la información que proporcionó.

Respecto al Artículo 36, con los padres de familia de ambos grupos se tuvo sesiones informativas donde se dio a conocer el propósito del estudio y la intervención por Internet, se mencionó que el hijo tendría el derecho de aceptar o no; a los que aceptaron se les solicitó el consentimiento informado de uno de ellos o del tutor (ver apéndices R y S) por tratarse de una investigación en menores de edad, así como del asentimiento informado por parte del adolescente (ver apéndices T y U) de acuerdo al

Artículo 14 Fracción V. Del artículo 114 del Título sexto Capítulo Único, la intervención fue realizada por profesionales de la salud para cuidar la integridad de los participantes.

Análisis de datos

Los datos estadísticos se analizaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 17 para Windows. Los datos fueron capturados por medio del programa SurveyMonkey se exportaron directamente al SPSS para su análisis. Con la base de datos completa se utilizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias absolutas proporciones y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. Se realizó un análisis de distribución de las variables continuas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad con la corrección de Lilliefors. Se presenta el plan de análisis de acuerdo a las hipótesis del estudio:

Hipótesis 1, 2, 3, 4 y 5.

Para probar la hipótesis 1, 2, 3, 4 y 5 se utilizó modelos de regresión lineal múltiples con cuatro, cinco, seis, ocho y seis variables respectivamente; este número de variables previamente mencionado consideró las variables moderadoras que son el género, la edad y la experiencia sexual. En todos los casos se integró el grupo de intervención (1= experimental y 0= control) como variable de engaño.

Hipótesis 6 y 7.

Para probar la hipótesis 6 y 7 se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariados debido a que la variable resultado que es la resiliencia estuvo compuesta por más de una medición, adicionalmente se realizó modelos de regresión múltiple en la hipótesis 7. Donde al igual que en el análisis anteriormente mencionado, el grupo de intervención (1 = experimental y 0 = control) actuó como variable de engaño.

Cabe destacar que previo a la pruebas de hipótesis se verificó que se cumplieran con los supuestos del modelo de regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultado

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación, primero se presenta los resultados del diseño de la intervención. Posteriormente se describen las características sociodemográficas de los participantes para el grupo control y para el grupo experimental, seguidas por la estadística descriptiva para las variables de estudio; así como la prueba de normalidad y distribución diferencial de las medias para cada una de estas. Asimismo, se muestran los resultados del análisis efectuado para evaluar la consistencia interna de las escalas y subescalas utilizadas y la validación de los instrumentos que fueron adaptados para este estudio. Finalmente se presentan las pruebas realizadas para verificar las hipótesis planteadas, donde se utilizaron Correlaciones de Pearson, Modelos de Regresión Lineal Múltiple y Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado.

Intervención, Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en Jóvenes

De acuerdo al propósito de estudio que consistió en diseñar, implementar y evaluar una intervención basada en un modelo de resiliencia a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en adolescentes, se realizó el diseño de la intervención “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”. Se integra por ocho sesiones, Dos de ellas son presenciales (sesiones 1 y 8) y seis por Internet (sesión 2 a la 7). Las sesiones presenciales tienen una hora de duración, se proporciona información relacionada a la infección del VIH, las medidas de prevención, los cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, la resiliencia y estrategias de afrontamiento positivo. Igualmente, se imparte un tutorial para el manejo de la página web y la plataforma educativa y un taller para la colocación correcta del condón. Lo anterior se realiza a

través de estrategias de enseñanza dirigidas al aprendizaje significativo y colaborativo. Las sesiones por internet se realizan a través de la plataforma educativa “Conéctate”, abarca temas relacionados con el desarrollo de la inteligencia emocional, habilidades sociales, comunicación, noviazgo positivo y valores personales y familiares. Se utilizan diversas estrategias de aprendizaje interactivas.

Asimismo, “Conéctate” Consta de una página web y una plataforma educativa. En la página web se describe de manera general el proyecto y se presenta la información relacionada con la prevención del VIH/SIDA, contiene seis columnas con información: inicio, nosotros, conéctate, ligas de interés y contacto. Por medio de esta página los adolescentes pueden ingresar a la intervención con su usuario y contraseña. También, se diseño un apartado para los padres, para que puedan ver en consiste la intervención; sin embargo no es posible que estos accedan a la página de sus hijos. A continuación se presentan algunas pantallas de la página web.

Figura 5 *Página de inicio*

conectate

[Inicio](#) [Nosotros](#) [Conectate](#) [Ligas de Interes](#) [Contacto](#) [Iniciar Sesion](#)

Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes

» **Contacto**

Para cualquier duda y/o comentario favor de llenar los datos necesarios y nuestro personal se pondra en contacto contigo.

Nombre:

Edad:

Correo electronico:

Sexo:

Comentario:

Diseñada y Construida por: KEA Consultores 2011

Figura 6 Información página de inicio



Figura 7 Información del proyecto "Conéctate"



La intervención dentro de la plataforma educativa consiste en seis sesiones con actividades correspondientes a la prevención de conductas sexuales de riesgo. La plataforma consta de cuatro columnas que contienen información de las actividades que realizará el adolescente: mis cursos, mi agenda, evaluaciones y mi progreso. La columna mis cursos está integrada por las actividades de aprendizaje de cada una de las sesiones,

además de la descripción del curso, chat, foros, grupos, tareas, agenda, lecciones y glosarios; en la segunda columna mi agenda se presentan las fechas en que, el adolescente deberá cubrir cada sesión, así como la vigencia de cada una de ellas; en la tercera columna se presentan las evaluaciones que responderá el adolescente al terminar cada sesión; en la cuarta columna mi progreso se les proporcionará información de los cursos que se han tomado y del avance que han obtenido en cada uno de ellos. Tanto la página web como la plataforma educativa serán guiada por tres personajes: Un profesional de la salud de nombre Norma y dos adolescentes Sara y Miguel. A continuación se presentan algunas pantallas de la plataforma educativa.

Figura 8 *Componentes de la plataforma educativa*

Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes

Página principal **Mis Cursos** Mi agenda Evaluaciones Mi progreso Red social Salir (vero_vera)

Evaluación de la Infección por VIH

Documentos	Descripción del curso	Lecciones
Enlaces	Ejercicios	Medios de Comunicación
Glosario	Agenda	Chat
Notas personales	Usuarios	Foros
Grupos	Tareas	Wiki
Anuncios	Encuestas	Mapa Mental

Administración : Administrador de KEA Consultores Profesor : Administrador de KEA Educación Usuarios en línea : 1 Plataforma Dokeos 2.0

Figura 9 Sesiones de la plataforma educativa “Conéctate”

Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes

Página principal **Mis cursos** Mi agenda Evaluaciones Mi progreso Red social Salir (vero_vera)

Usuario

Catálogo de cursos
Historial de cursos

Categoría por defecto

- Comunicación Eficaz
COMUNICACIONEFICAZ - Administrador de KEA Educación
- Evaluación de la Infección por VIH
EVALUACIONDELAINFEC - Administrador de KEA Educación
- Habilidades Sociales
HABILIDADESSOCIALES - Administrador de KEA Educación
- Valorándome
VALORANDOME - Administrador de KEA Educación
- Seguridad Emocional
SEGURIDADEMOCIONAL - Administrador de KEA Educación

Administración : Administrador de KEA Consultores Usuarios en línea : 1 Plataforma Dokeos 2.0

Figura 10 Sesión 7 “Valorándome”

Discutiendo sobre valores

Una historia de amor

Sara y Miguel son novios desde hace un año y se sienten muy enamorados, todo el tiempo desean estar juntos. Tienen una relación bonita. Estudian en la misma preparatoria en grupos diferentes y frecuentan a los mismos amigos.

Durante el año que han pasado juntos decidieron no tener sexo. Margarita cree que no es necesario tenerlo antes de casarse. Sus padres siempre le dicen que toda señorita llega virgen al matrimonio.



Resultado de las modificaciones realizadas a la página web, plataforma educativa y sesiones “Conéctate”

A continuación se presentan las modificaciones realizadas para mejorar la usabilidad en la página web, plataforma educativa y sesiones “Conéctate”. Fue realizada con el asesoramiento de un experto en interacción humano computadora. En el orden anterior se presentan.

Página web “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”.

En la página web se realizaron las modificaciones las siguientes modificaciones:

- 1) En la página principal se añadió el botón de “Inicio”;
- 2) Se renombraron las pestañas del menú principal, agregándole un resaltado a cada una de las opciones. Asimismo, el apuntador indica la opción que se esta seleccionando;
- 3) Se agregaron botones en las secciones de “Nosotros” y “Conéctate”, las cuales despliegan ventanas con información adicional, en estas se llevo acabo un cambio de fondo y además se mantiene visible el botón de cerrar;
- 4) En la sección “Ligas de Interés” se dejaron solo los links que contienen información adicional para el usuario, el sistema de correos electrónicos se cambio a la sección de contacto;
- 5) En la sección “Contacto” fue agregado el botón “Entrar” para acceder a la cuenta de correos electrónicos;
- 6) En “Iniciar Sesión” fueron colocados botones que indican donde dar click para iniciar la sesión. Además, se modificó el relieve de las imágenes, al pasar el cursor sobre ellas cambia de color, para hacerlo más notorio. A continuación se presentan algunas pantallas.

Figura 11 *Página de inicio “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”*

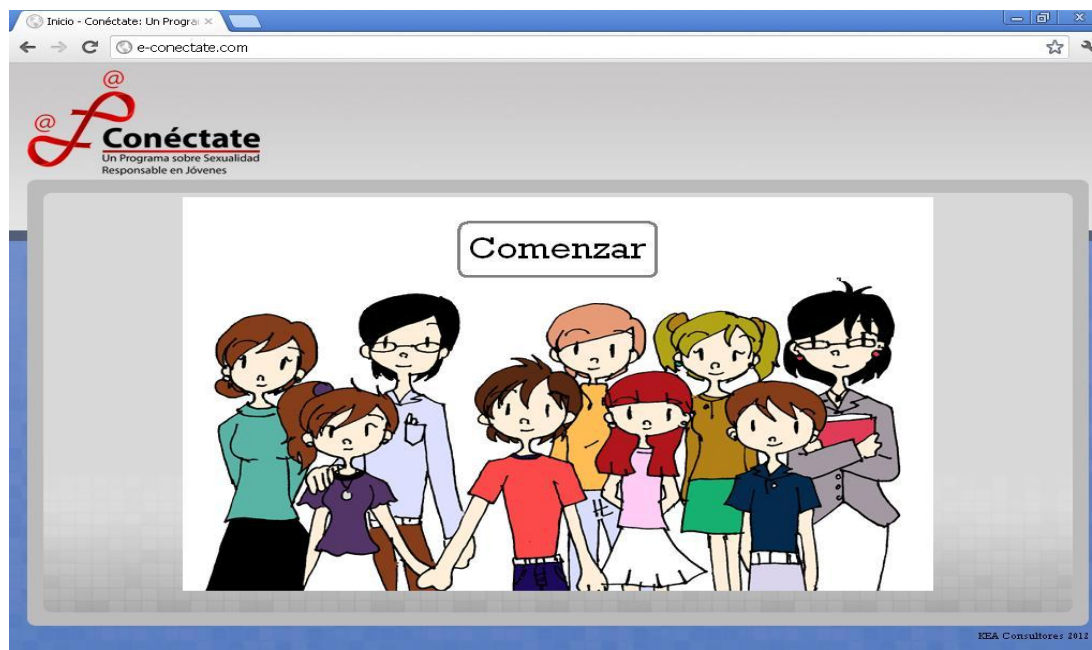


Figura 12 *Menú principal de la página de inicio*

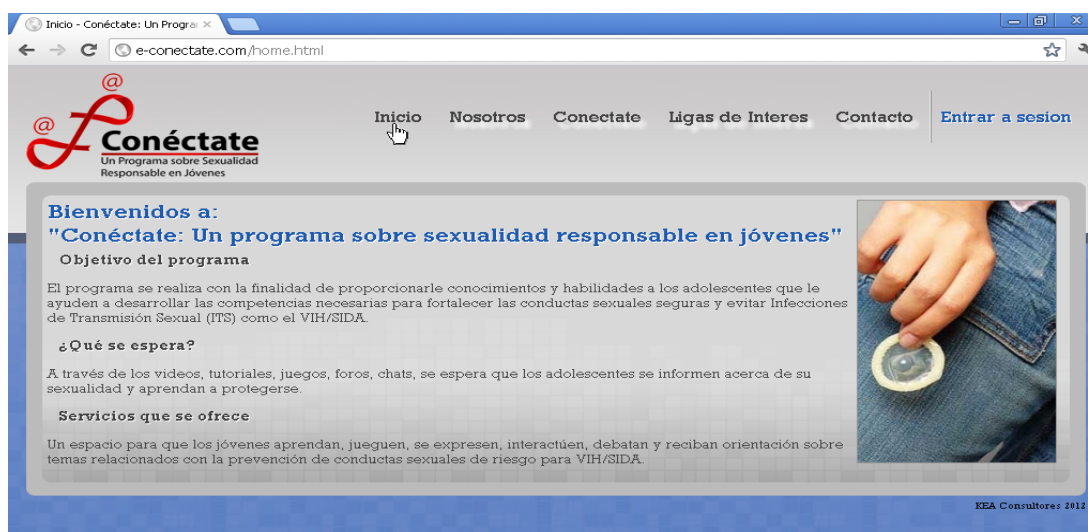


Figura 13 Sistema de correos electrónicos



Figura 14 Información general del proyecto

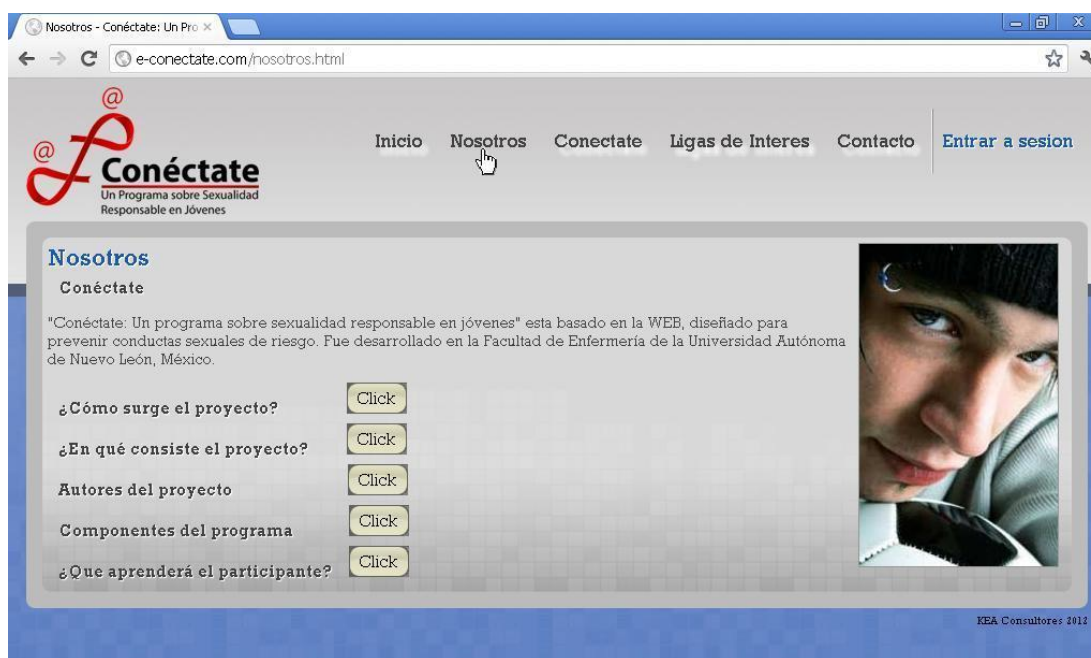


Figura 15 Entrar a Sesión de “Conéctate”



Plataforma Educativa “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”.

Se realizaron las siguientes modificaciones: 1) En el menú principal se dejaron solo las pestañas que el usuario utilizará; 2) Se ocultaron las pestañas del menú secundario; 3) Fueron desactivados los idiomas, dejando solo el Español; 4) Se colocó en orden la lista de sesiones. También, se modificó el código que aparece en cada una de ellas; 5) En las sesiones se mantienen visibles solo los iconos que el participante utilizará; 6) Se efectuó modificación del botón “Página de Inicio”, el cual envía al inicio de la sesión; 7) Se ocultaron los documentos que el usuario no utilizará; 8) El cuadro de avance de las actividades fue modificado manteniéndose el contorno en color negro. A continuación se presentan algunas pantallas.

Figura 16 *Página principal de la plataforma educativa “Conéctate”*



Figura 17 *Sesiones de la plataforma educativa*

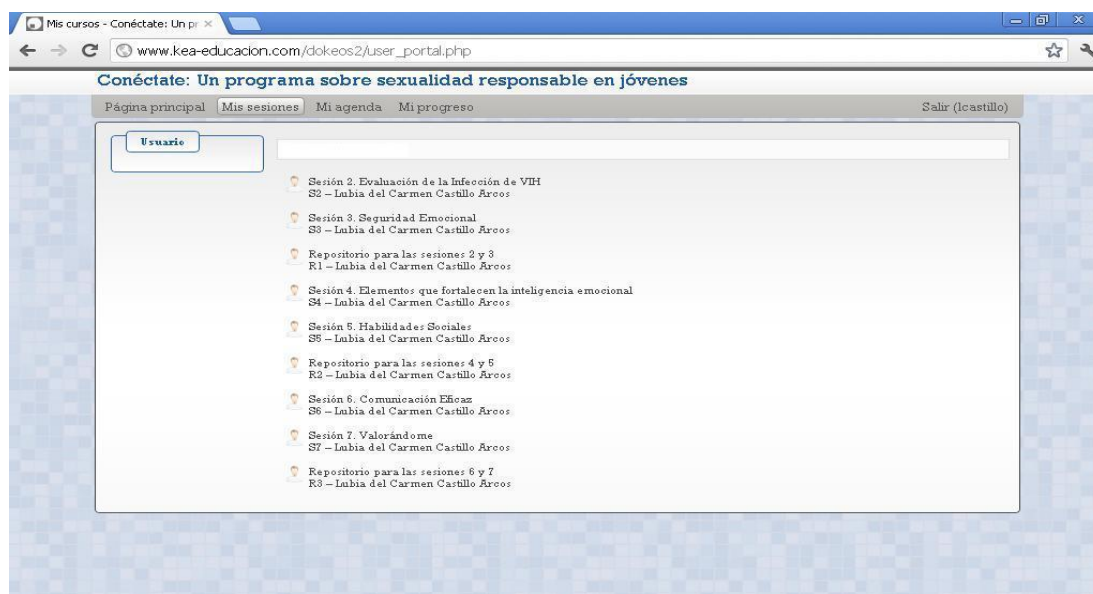


Figura 18 Componentes de la Sesión 2

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying www.kea-educacion.com/dokeos2/courses/VOSESION2EVALUACIOND/?id_session=0. The page title is "Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes". The navigation menu includes "Página principal", "Mis sesiones", "Mi agenda", "Mi progreso", and "Salir (Icastillo)". The main content area features the heading "Evaluación de la Infección por VIH" and "sesión 2" next to a cartoon illustration of a woman with a magnifying glass. Below this, there is a horizontal menu with icons and labels for "Descripción del curso", "Lecciones", "Ejercicios", "Agenda", "Chat", and "Foros".

Figura 19 Repositorio de información en salud para las sesiones 2 y 3

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying www.kea-educacion.com/dokeos2/courses/VOREPOSITORIO1/?id_session=0. The page title is "Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes". The navigation menu includes "Página principal", "Mis sesiones", "Mi agenda", "Mi progreso", and "Salir (Icastillo)". The main content area features the heading "Repositorio de Información 1" and "sesión 2 y 3" next to the "Conéctate" logo, which includes the text "Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes". Below this, there is a horizontal menu with icons and labels for "Descripción del curso", "Lecciones", "Ejercicios", "Agenda", "Chat", and "Foros".

Sesiones “Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”.

Al interior de las actividades que conforman cada una de las sesiones se realizaron las siguientes modificaciones: 1) Se colocaron botones de “Comenzar” y Finalizar” en las actividades; 2) Se agregaron como tema el nombre de la sesión y como subtema el nombre de la actividad; 3) En las actividades interactivas que lo requirieron, se mejoraron las presentaciones; 4) En la última diapositiva de cada actividad se colocó la información ¡has terminado la actividad!. Se presentan algunas pantallas.

Figura 20 *Comienzo de las actividades*



Figura 21 Tema y subtema de la sesión

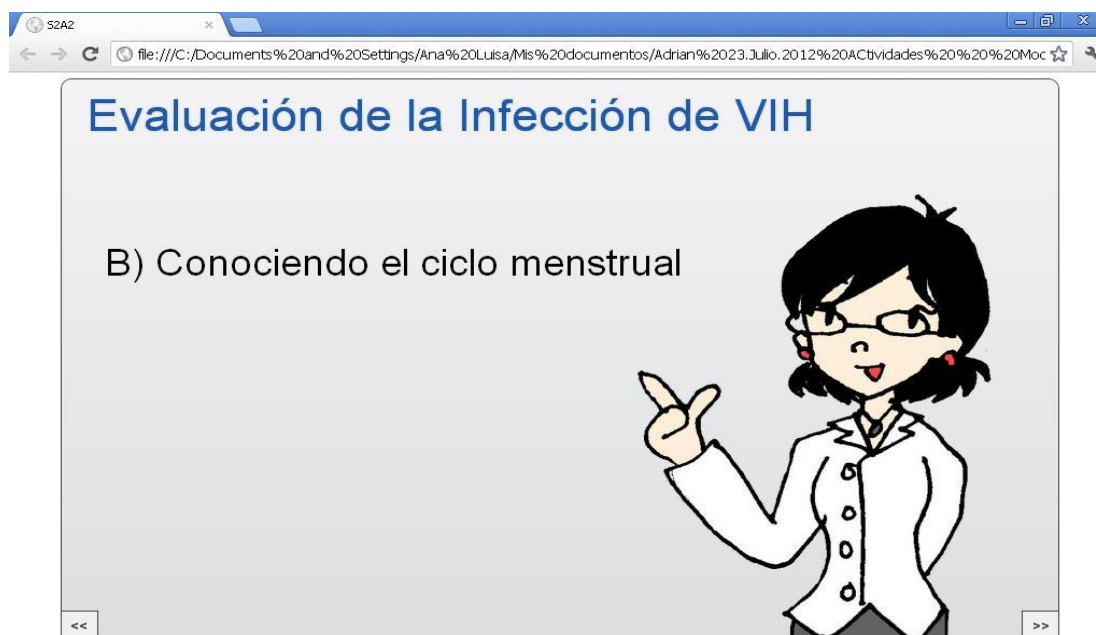


Figura 22 Actividades Interactivas



Figura 23 *Actividad de la Sesión 3*

3. Seguridad Emocional
E) *Mi familia*

Ahora vamos a conocer sobre los valores que tus familiares te inculcan para protegerte y como estos valores pueden influir en nuestro comportamiento.

Selecciona los valores que identificas que son parte de tu familia.



Orgullo Familiar

Salud

Comunicación

Afecto

Educación

Confianza

Amor

Apoyo

Comprensión

Paciencia

Diversión

Respeto

Protección

Figura 24 *Fin de la Actividad B de la Sesión 5*

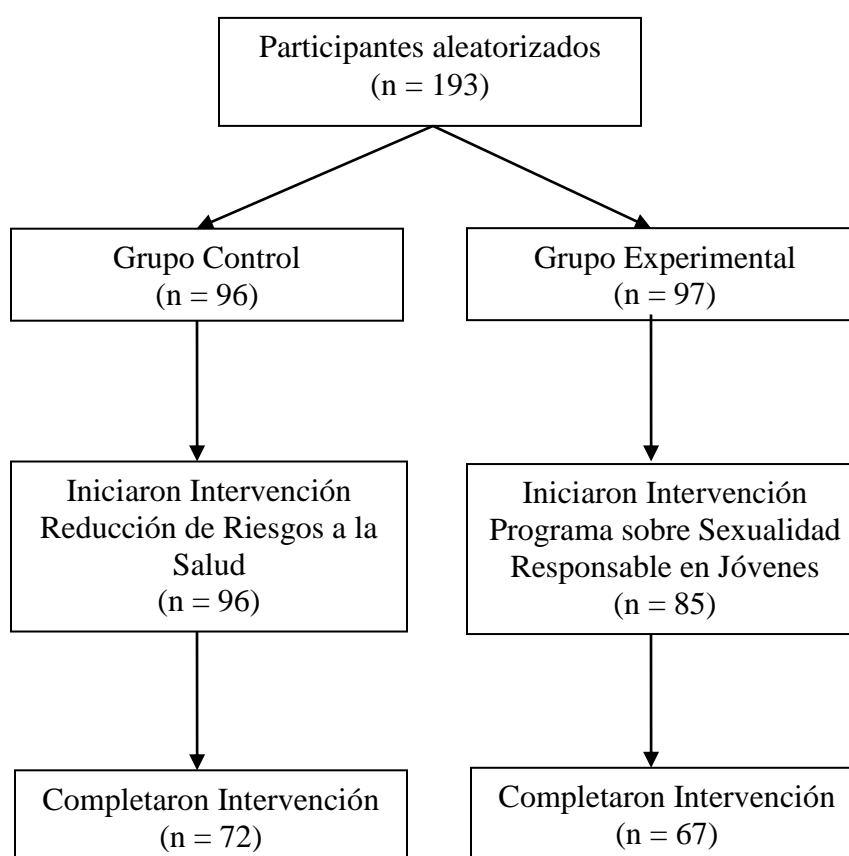
5. Habilidades Sociales
B) *La Ruleta de la Vida*

¡Has terminado la actividad!

Diagrama de la progresión del diseño de la intervención

En la figura 26, se puede observar la progresión de los participantes durante la intervención.

Figura 26 Diagrama de la *progresión de los participantes a través de la intervención*



Estadística descriptiva

A continuación se presentan las características sociodemográficas de los participantes por grupo de participación. El grupo control estuvo conformado por adolescentes de 14 a 17 años ($\bar{X} = 15.70$, $DE = .618$), predominó el género femenino

(64.6%), 84.4% cursa el segundo semestre de preparatoria, 74% es soltero y el 26% tiene una relación de noviazgo. En relación al grupo experimental, estuvo integrado por adolescentes de 15 a 17 años (media = 15.76, DE = .474), predominó el género femenino (61.9%), 87.6% cursa el segundo semestre de preparatoria, 62.9% es soltero y el 34% tiene una relación de noviazgo, como se puede observar los grupos presentan características similares (ver tabla2).

Tabla 2

Características sociodemográfica por grupo control y experimental

Variable	Control		Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo				
Femenino	62	64.6	60	61.9
Masculino	34	35.4	35	36.1
Semestre				
1°.	11	11.5	11	11.3
2°.	81	84.4	85	87.6
4°.	-	-	1	1.0
Estado Civil				
Soltero	71	74	61	62.9
En relación de noviazgo	25	26	34	35.1
Separado	-	-	1	1.0

Nota: *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

Enseguida se presenta la estadística descriptiva para los factores de riesgo que incluye el riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia (incertidumbre sexual) y el riesgo sexual (Invulnerabilidad al VIH, Afrontamiento defensivo al riesgo sexual); los factores de protección integrado por protección familiar al riesgo sexual (apoyo familiar para la conducta sexual segura), protección social al riesgo sexual (apoyo de los amigos, apoyo de la pareja y apoyo del proveedor de salud) y protección individual al Riesgo sexual (afrentamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH/SIDA,

Autoestima, Autoeficacia para la conducta sexual segura) y por último el factor resultado (resiliencia sexual en el adolescente).

En la tabla 3, se puede observar que los adolescentes del grupo control presentaron menor puntuación para la segunda medición en la variable incertidumbre sexual. La variable invulnerabilidad al VIH presentó una disminución en el puntaje. En relación a la variable afrontamiento defensivo y sus dimensiones, estas mantuvieron las puntuaciones similares en ambas mediciones.

Tabla 3

Estadística descriptiva de las variables que integran los factores de riesgo grupo control

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Incertidumbre Sexual	Preintervención	15.30	15.00	4.51	6	24
	Postintervención	13.41	14.00	4.71	5	27
Invulnerabilidad al VIH	Preintervención	4.22	3.00	4.15	0	15
	Postintervención	3.58	2.50	3.99	0	18
Afrontamiento defensivo al riesgo sexual	Preintervención	18.15	20.00	14.33	0	60
	Postintervención	18.95	18.50	16.32	0	53
Afrontamiento evasivo	Preintervención	10.84	12.00	8.62	0	35
	Postintervención	11.23	10.00	10.00	0	33
Afrontamiento fatalista	Preintervención	3.12	3.00	2.81	0	11
	Postintervención	3.29	3.00	3.14	0	11
Afrontamiento emotivo	Preintervención	4.18	4.00	3.70	0	14
	Postintervención	4.43	4.00	4.01	0	15

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 4, se observa para el grupo experimental que la incertidumbre sexual presenta una variación mínima en la puntuación. Asimismo, existe una disminución en los puntajes de invulnerabilidad al VIH. En la variable afrontamiento defensivo se muestra un aumento del puntaje en el estilo evasivo.

Tabla 4

Estadística descriptiva de las variables que integran los factores de riesgo de grupo experimental

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Incertidumbre Sexual	Preintervención	15.70	15.00	4.75	6	26
	Postintervención	15.46	15.00	5.33	6	30
Invulnerabilidad al VIH	Preintervención	3.47	2.00	3.88	0	12
	Postintervención	2.35	0.00	3.56	0	13
Afrontamiento defensivo al riesgo sexual	Preintervención	19.64	20.50	14.29	0	51
	Postintervención	24.96	25.50	13.84	0	61
Afrontamiento evasivo	Preintervención	11.39	12.00	8.45	0	30
	Postintervención	15.43	16.00	8.36	0	37
Afrontamiento fatalista	Preintervención	3.48	3.00	2.97	0	12
	Postintervención	4.00	4.00	2.88	0	12
Afrontamiento emotivo	Preintervención	4.76	5.00	3.76	0	13
	Postintervención	5.83	6.00	3.62	0	14

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 5, se puede observar para el grupo control que el apoyo familiar y social para conducta sexual segura, mostro cambios mínimos en sus puntuaciones.

Tabla 5

Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual grupo control

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	Preintervención	53.61	57.00	13.28	19	75
	Postintervención	55.27	55.00	13.75	14	76
Apoyo Social para la conducta sexual segura	Preintervención	162.63	164.00	35.78	38	225
	Postintervención	168.16	165.00	39.11	101	234
Apoyo de la Pareja	Preintervención	62.55	64.00	15.85	16	88
	Postintervención	63.10	63.50	18.60	04	88
Apoyo de los amigos	Preintervención	53.32	54.00	12.30	07	72
	Postintervención	54.19	53.00	13.04	24	72
Apoyo del proveedor de salud	Preintervención	54.49	55.00	10.11	15	72
	Postintervención	55.30	56.00	10.75	30	72

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 6, se muestra que para el grupo experimental en la variable apoyo familiar para conducta sexual segura la puntuación aumentó. Además, en las tres

dimensiones del apoyo social para conducta sexual presentaron aumento de las puntuaciones.

Tabla 6

Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual grupo experimental

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	Preintervención	51.27	51.00	13.00	25	76
	Postintervención	54.62	56.00	14.53	20	76
Apoyo Social para la conducta sexual segura	Preintervención	155.47	160.50	42.24	43	232
	Postintervención	164.64	164.00	42.58	61	232
Apoyo de la Pareja	Preintervención	63.30	64.00	15.29	37	88
	Postintervención	65.77	66.00	16.98	24	88
Apoyo de los amigos	Preintervención	51.69	52.00	10.99	26	72
	Postintervención	54.02	55.00	11.93	36	72
Apoyo del proveedor de salud	Preintervención	52.96	52.00	10.11	34	72
	Postintervención	54.63	56.00	13.97	0	72

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 7, se muestra que para el grupo control la mayoría de las variables que integran este factor mantuvieron las puntuaciones con modificaciones mínimas antes y después de la intervención. También, se puede observar que disminuyó su capacidad de autoeficacia para conducta sexual segura.

Tabla 7

Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección individual al riesgo sexual grupo control

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento positivo al riesgo sexual	Preintervención	41.77	48.00	30.53	0	103
	Postintervención	46.02	53.50	34.01	0	96
Afrontamiento confrontativo	Preintervención	12.27	14.00	09.12	0	29
	Postintervención	13.75	15.50	10.69	0	30
Afrontamiento optimista	Preintervención	11.21	12.50	8.53	0	27
	Postintervención	12.15	14.00	9.14	0	27
Afrontamiento paliativo	Preintervención	4.96	5.00	4.06	0	17
	Postintervención	5.18	6.00	4.34	0	14
Afrontamiento apoyo	Preintervención	5.08	5.00	4.36	0	15
	Postintervención	5.68	6.00	4.58	0	14

(Continúa)

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento seguro de sí mismo	Preintervención	8.22	9.50	6.19	0	19
	Postintervención	9.26	11.00	7.15	0	21
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Preintervención	21.32	24.22	7.84	0	33
	Postintervención	23.81	24.40	7.53	0	33
Autoestima	Preintervención	8.07	7.00	5.28	0	30
	Postintervención	6.74	5.00	6.57	0	28
Autoeficacia para conducta sexual segura	Preintervención	74.50	79.00	23.09	25	108
	Postintervención	73.92	72.50	21.58	38	108
Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	Preintervención	25.93	33.50	16.53	0	44
	Postintervención	23.55	28.00	17.53	0	44
Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores	Preintervención	12.98	14.00	3.70	0	16
	Postintervención	13.55	15.00	2.94	5	16
Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón	Preintervención	25.22	26.50	6.25	6	32
	Postintervención	25.84	26.50	5.62	10	32
Capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres	Preintervención	10.47	11.00	3.95	0	16
	Postintervención	10.97	12.00	4.01	1	16

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 8, se presentan las puntuaciones obtenidas para el grupo experimental, las cuales reportan diferencias significativas en las todas las variables, excepto autoestima. Los adolescentes mostraron mejores resultados en el afrontamiento positivo en sus cinco dimensiones, el conocimiento sobre VIH/SIDA y en la autoeficacia para conducta sexual segura, de esta última también en una de sus dimensiones.

Tabla 8

Estadística descriptiva para las variables que integran los factores de protección individual al riesgo sexual grupo experimental

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento positivo al riesgo sexual	Preintervención	45.41	56.50	29.83	0	107
	Postintervención	60.33	68.50	27.31	0	97
Afrontamiento confrontativo	Preintervención	13.53	16.00	9.50	0	30
	Postintervención	17.63	19.50	8.18	0	30
Afrontamiento optimista	Preintervención	12.26	14.00	8.00	0	25
	Postintervención	15.78	18.00	7.73	0	26
Afrontamiento paliativo	Preintervención	5.50	6.00	4.16	0	21
	Postintervención	8.04	8.00	4.39	0	19
Afrontamiento apoyo	Preintervención	5.26	5.00	3.86	0	14
	Postintervención	8.04	9.00	3.71	0	15
Afrontamiento seguro de sí mismo	Preintervención	8.86	10.00	6.47	0	20
	Postintervención	11.23	12.00	4.41	0	19
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Preintervención	22.97	24.25	5.27	5	33
	Postintervención	27.02	29.17	9.02	0	34
Autoestima	Preintervención	8.28	8.00	5.45	0	23
	Postintervención	7.86	7.00	5.92	0	22
Autoeficacia para conducta sexual segura	Preintervención	69.62	67.00	21.98	28	108
	Postintervención	73.37	73.00	24.71	8	108
Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	Preintervención	23.21	26.50	16.48	0	44
	Postintervención	23.58	27.00	16.66	0	44
Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores	Preintervención	12.61	14.00	3.60	3	16
	Postintervención	12.68	13.00	3.76	0	16
Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón	Preintervención	24.10	24.00	6.17	7	32
	Postintervención	26.22	28.00	6.82	0	32
Capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres	Preintervención	9.82	10.50	4.14	0	16
	Postintervención	11.07	12.00	4.32	0	16

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 9, se muestra que para el grupo control en la variable resiliencia sexual no hubo modificaciones notables en las puntuaciones a diferencia de la conducta sexual de riesgo que presentó un aumento en la puntuación.

Tabla 9

Estadística descriptiva para las variables que integran el factor resultado grupo control

Variable	Mediciones	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Resiliencia sexual	Preintervención	64.35	66.00	13.45	19	88
	Postintervención	64.31	66.00	16.08	16	86
Competencia personal	Preintervención	51.55	53.50	13.39	3	72
	Postintervención	52.12	56.50	15.65	0	72
Aceptación de si mismo y la vida	Preintervención	12.80	14.00	3.51	0	16
	Postintervención	12.18	12.00	3.51	2	16
Conducta de riesgo sexual	Preintervención	4.72	0.00	10.91	0	36
	Postintervención	5.18	0.00	11.54	0	42

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 10, la resiliencia sexual presenta diferencias significativas en los puntajes, aumentaron posterior a intervención. En relación a la conducta de riesgo sexual se observa una mínima disminución de los puntajes.

Tabla 10

Estadística descriptiva para las variables que integran el factor resultado grupo experimental

Variable	Mediciones	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Resiliencia sexual	Preintervención	64.44	65.50	13.20	13	88
	Postintervención	68.79	70.00	14.98	16	88
Competencia personal	Preintervención	52.98	54.00	13.13	1	72
	Postintervención	57.01	60.00	14.00	0	72
Aceptación de si mismo y la vida	Preintervención	11.45	12.00	4.05	0	16
	Postintervención	11.77	12.00	3.54	3	16
Conducta de riesgo sexual	Preintervención	5.96	0.00	11.92	0	44
	Postintervención	5.41	0.00	11.02	0	41

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

Distribución de las variables

Cabe señalar que los resultados se presentan con la diferencia total de la media, para ello se tomo la puntuación total de la primera y segunda medición, se restaron y el resultado es la diferencia del total de la media. A continuación se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para los factores de riesgo que incluye el riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia (incertidumbre sexual) y el riesgo sexual (Invulnerabilidad al VIH, Afrontamiento defensivo al riesgo sexual); los factores de protección integrado por protección familiar al riesgo sexual (apoyo familiar para la conducta sexual segura), protección social al riesgo sexual (apoyo de los amigos, apoyo de la pareja y apoyo del proveedor de salud) y protección individual al Riesgo sexual (afrentamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH/SIDA, Autoestima, Autoeficacia para la conducta sexual segura) y por último el factor resultado resiliencia sexual en el adolescente.

En la tabla 11, los resultados indican que sólo la variable incertidumbre sexual se distribuyó normalmente ($D^a = .07$, $p > .05$), las variables restantes no presentaron normalidad.

Tabla 11

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de riesgo

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Incertidumbre Sexual	1.09	1.00	4.89	-17	16	.07	.05
Invulnerabilidad al VIH	0.64	0.00	3.53	-11	9	.21	.00
Afrontamiento defensivo al riesgo sexual	-2.51	0.00	13.53	-53	32	.12	.00
Afrontamiento evasivo	-1.70	0.00	8.89	-29	21	.13	.00
Afrontamiento fatalista	-0.19	0.00	3.19	-11	12	.16	.00
Afrontamiento emotivo	-0.62	0.00	3.23	-13	8	.12	.00

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección de Lilliefors; $p < .05$

En la tabla 12, los resultados muestran que las variables apoyo familiar para conducta sexual segura ($D^a = .04$, $p < .20$) y apoyo del proveedor de salud ($D^a = .07$, $p < .20$) se distribuyeron normalmente. Las variables restantes no presentaron normalidad.

Tabla 12

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de protección familiar y social al riesgo sexual

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	-2.47	-3.00	11.99	-36	22	.04	.20
Apoyo Social para la conducta sexual segura	-8.61	-6.50	35.94	-105	93	.07	.04
Apoyo de la Pareja	-2.11	-2.00	14.42	-44	38	.10	.00
Apoyo de los amigos	-1.31	-2.00	11.60	-36	26	.09	.00
Apoyo del proveedor de salud	-1.15	-2.00	10.72	-34	36	.07	.20

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección de Lilliefors; $p < .05$

En la tabla 13, los resultados indican que ninguna de las variables ni sus dimensiones presentan normalidad.

Tabla 13

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran los factores de protección individual al riesgo sexual

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Afrontamiento positivo al riesgo sexual	-9.18	-6.00	28.34	-89	70	.12	.00
Afrontamiento confrontativo	-2.68	-1.00	8.78	-26	22	.13	.00
Afrontamiento optimista	-2.05	-1.00	7.79	-24	19	.14	.00
Afrontamiento paliativo	-1.40	0.00	4.38	-15	10	.18	.00
Afrontamiento apoyo	-1.48	-1.00	4.30	-12.00	13	.12	.00
Afrontamiento seguro de sí mismo	-1.60	0.00	6.16	-21	19	.13	.00

(Continúa)

Variable	Media	Mdn	DE	Mín	Máx	D ^a	p
Conocimiento sobre VIH/SIDA	-3.37	-4.76	8.87	-24	29	.16	.00
Autoestima	0.85	1.00	5.37	-23	15	.13	.00
Autoeficacia para conducta sexual segura	-1.05	-2.00	19.77	-58	60	.14	.00
Capacidad para decir no	1.97	0.00	15.17	-38	44	.18	.00
Capacidad para preguntar	11.23	12.00	5.97	-7	25	.08	.01
Capacidad percibida para adquirir y utilizar el condón	-1.74	-1.00	6.10	-24	23	.13	.00
Capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio	-0.78	0.00	3.50	-12	12	.15	.00

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección de Lilliefors; *p* < .05

En la tabla 14, se muestra que ninguna de las variables ni sus dimensiones que integran el factor resultado presentaron normalidad.

Tabla 14

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables que integran el factor resultado

Variable	Media	Mdn	DE	Mín	Máx	D ^a	p
Resiliencia sexual	-2.09	-2.00	16.05	-72	68	.11	.00
Competencia personal	-2.26	-2.00	15.61	-68	68	.12	.00
Aceptación de si mismo y la vida	0.16	0.00	3.78	-12	10	.13	.00
Conducta de riesgo sexual	-0.22	0.00	4.04	-24	14	.36	.00

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección de Lilliefors; *p* < .05

Consistencia Interna de los instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron Escala de Incertidumbre Sexual (Peter & Valkenburg, 2008), Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH (Lux & Petosa 1994), Escala de Afrontamiento de Jalowiec

(Jalowiec, 2003), Escala de Provisión Social VIH-Especifica (Cutrona & Russell, 1984; Darbes & Lewis, 2005), Escala de Provisión Social VIH-Especifica (Cutrona & Russell, 1984; Darbes & Lewis, 2005), Cuestionario de Conocimiento para Embarazo, SIDA e ITS (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001), Escala de Resiliencia de Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993) y la Escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Villarruel, et al. 2004). Se analizó la confiabilidad interna por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, en donde todos los instrumentos de medición presentaron valores aceptables (ver tabla 15)

Tabla 15

Consistencia Interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	α	
		Pre test	Pos test
Incertidumbre Sexual	6	.71	.80
Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH	6	.71	.72
Afrontamiento de Jalowiec	60	.98	.98
Subescala estilo de afrontamiento evasivo	13	.88	.91
Subescala estilo de afrontamiento fatalista	4	.71	.74
Subescala estilo de afrontamiento emotivo	5	.77	.79
Subescala estilo de afrontamiento confrontativo	10	.94	.95
Subescala estilo de afrontamiento optimista	9	.92	.94
Subescala estilo de afrontamiento paliativo	7	.75	.78
Subescala estilo de afrontamiento de apoyo	5	.81	.83
Subescala estilo de afrontamiento seguridad de sí mismo	7	.91	.91
Provisión Social para Sexo Seguro	77	.94	.96
Subescala apoyo familiar	19	.88	.92
Subescala apoyo de los amigos	18	.92	.95
Subescala apoyo de la pareja	22	.90	.92
Subescala apoyo del proveedor de salud	18	.86	.92
Cuestionario de Conocimiento para SIDA e ITS	20	.79	.88
Autoestima	10	.83	.89
Autoeficacia para la Prevención del SIDA	27	.92	.92

(Continúa)

Instrumento	Reactivos	α	
		Pre test	Pos test
Subescala capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	11	.96	.97
Subescala capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo	4	.86	.84
Subescala capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón	8	.84	.86
Subescala capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres.	4	.66	.76
Resiliencia para Sexo Seguro	22	.87	.93
Subescala de competencia personal	18	.91	.93
Subescala de aceptación sí mismo y la vida	4	.82	.82

Análisis de los resultados en función de la confiabilidad y validez de los instrumentos adaptados.

Validez.

A continuación se presentan los resultados de validez de los instrumentos que fueron adaptados para el estudio; primero se muestra la escala de provisión social para sexo seguro, a través de las subescalas apoyo familiar, apoyo de los amigos, apoyo del proveedor de salud y apoyo de la pareja; seguida de la escala de resiliencia para sexo seguro. El proceso de validación de los instrumentos se presenta en el (Apéndice V).

Subescala apoyo familiar.

Para evaluar la validez de constructo de la subescala apoyo familiar se llevó a cabo un análisis de extracción de factores por componentes principales con el objetivo de identificar las dimensiones subyacentes en común a fin de reducir el número de variables y generar puntuaciones compuestas. Previo al análisis de factores se verificaron los supuestos de normalidad, homocedasticidad y linealidad; posterior a ello

se utilizó la rotación Varimax. Lo anterior se utilizó para todos los instrumentos de medición que se presentan.

La medida de adecuación de la muestra estuvo por encima del nivel mínimo aceptable de .50, con valor alto de .905. La prueba de la esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1610.283$, $gl = 171$, $p < .05$) fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad. Por lo que se puede afirmar que la matriz de correlación fue apta para la factorización.

Se realizó análisis de factores exploratorio por componentes principales, en el cual, se encontraron cuatro factores con un eigenvalor mayor a 1, que en su conjunto explicaron el 57.81% de la varianza total. Al estar los autovalores extraídos en orden descendiente, el primer componente es el que explica el mayor porcentaje de la varianza total 26.41% (Tabla 16).

Tabla 16

Varianza de los factores de la Subescala Apoyo Familiar

Factor	Número de reactivos	Eigenvalor	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada (%)
1	10	7.20	26.41	37.91
2	4	1.49	14.26	45.80
3	3	1.23	10.27	52.30
4	2	1.04	6.86	57.81

Nota: n = 204

En la matriz componentes rotados se consideraron los ítems que cargaron por encima de .4 en cada uno de los cuatro factores. (Tabla 17).

Tabla 17

Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo Familiar

Ítem	Factor				C
	1	2	3	4	
Me siento muy unido	.812				.763
Comparte mis preocupaciones sobre sexo seguro	.767				.715
El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar sexo seguro	.730				.639
Aconsejarme si tuviera un problema de sobre sexo seguro	.693				.703
Confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro	.646				.641
No me siento cómodo hablando con mi familia sobre sexo seguro	.631				.460
Puedo hablar sobre sexo seguro	.629				.567
Respetar mi decisión de practicar sexo seguro	.626				.512
Ayuda a practicar sexo seguro	.607				.600
No puedo contar con mi familia	.576				.488
Compartimos las mismas actitudes y creencias		.700			.568
Sebe que puedo hacer lo que sea para protegerme		.699			.520
La relación con mi familia me hace sentir seguro		.589			.464
Mis creencias sobre sexo seguro son respetadas		.426			.487
No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre sexo seguro			.774		.657
No apoya el sexo seguro			.754		.605
No creo que valore lo que hecho para protegerme			.500		.573
No estaría allí para apoyarme				.791	.673
Si yo pensara en VIH				.428	.400

Nota: C = comunalidades, n = 204

Subescala de apoyo de los amigos.

La medida de adecuación de la muestra estuvo por encima del nivel mínimo aceptable de .50, con valor alto de .896. La prueba de la esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1381.840$, $gl = 153$, $p < .05$) fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad. Se puede concluir que la matriz de correlaciones es apta para la factorización.

Se realizó análisis de factores exploratorio por Componentes Principales, en el cual, se encontraron cuatro factores con un eigenvalor mayor a 1, que en su conjunto explicaron el 57.57 % de la varianza total. Al estar los autovalores extraídos en orden descendiente, el primer componente explica el mayor porcentaje de la varianza total 19.50 % (Tabla 18).

Tabla 18

Varianza de los factores de la Subescala Apoyo de los Amigos

Factor	Número de reactivos	Eigenvalor	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada (%)
1	7	6.55	19.50	36.41
2	4	1.57	15.33	45.16
3	4	1.15	12.63	51.55
4	3	1.08	10.10	57.57

Nota: $n = 204$

En la matriz componentes rotados todos los ítems cargaron en uno de los cuatro factores. Todas las comunalidades se encontraron por arriba del punto de corte .4 (Tabla 19).

Tabla 19

Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo de los Amigos

Ítem	Factor				
	1	2	3	4	C
Podría contar con mis amigos	.793				.676
Respetan mi decisión de practicar sexo seguro	.730				.551
Puedo confiar en mis amigos para aconsejarme	.592				.666
Puedo hablar con mis amigos sobre sexo seguro	.565				.665
Confían en mi para aconsejarlos	.526				.541
Puedo confiar en mis amigos para que me ayuden	.503				.446
Me siento muy unido	.493				.564
Puedo hacer lo que sea para protegerme		.783			.618
Compartimos las mismas actitudes y creencias		.661			.563
Mis creencias sobre sexo seguro son respetadas		.596			.629
Comparten mis preocupaciones sobre sexo seguro		.561			.662
No apoyan el sexo seguro			.735		.608
No estarían allí para apoyarme			.649		.473
No creo que valoren lo que he hecho para protegerme			.568		.487
No puedo recurrir a mis amigos para orientación sobre sexo seguro			.533		.447
Mis amigos me hacen sentir seguro				.829	.707
No puedo contar con la ayuda de mis amigos				.594	.571
No me siento cómodo hablando sobre sexo seguro				.484	.488

Nota: C = comunalidades, $n = 204$

Subescala de Apoyo del Proveedor de Salud.

La medida de adecuación de la muestra estuvo por encima del nivel mínimo aceptable de .50, con valor alto de .916. La prueba de la esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1631,643$, $gl = 153$, $p < .05$) fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad. Se puede concluir que la matriz de correlaciones es apta para la factorización.

Se realizó análisis de factores exploratorio por componentes principales, en el cual, se encontraron cuatro factores con un eigenvalor mayor a 1, que en su conjunto explicaron el 55.97 % de la varianza total. Al estar los autovalores extraídos en orden descendiente, el primer componente es el que explica el mayor porcentaje de la varianza total 40.95 % (Tabla 20).

Tabla 20

Varianza de los factores de la Subescala Apoyo del Proveedor de Salud

Factor	Número de reactivos	Eigenvalor	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada (%)
1	9	7.37	40.95	40.95
2	5	1.69	9.41	50.37
3.	4	1.00	5.60	55.97

Nota: n = 204

En la matriz componentes rotados se consideraron los ítems que cargaron por encima de .4 en cada uno de los tres factores (Tabla 21).

Tabla 21

Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo del Proveedor de Salud

Ítem	Factor			C
	1	2	3	
Me siento muy unido con mi proveedor de salud	.715			.553

(Continúa)

Ítem	Factor			C
	1	2	3	
Comparte mis preocupaciones	.709			.667
Confía en mí para dar consejo sobre sexo seguro	.707			.592
Puedo confiar en mi proveedor de salud para aconsejarme	.706			.701
La relación con mi proveedor de salud me hace sentir seguro	.689			.490
Compartimos las mismas actitudes y creencias	.674			.497
Mis creencias sobre sexo seguro son respetadas	.640			.586
Si yo pensara que me he infectado	.535			.564
Respeto mi decisión de practicar sexo seguro	.527			.554
No puedo recurrir para orientación		.736		.695
No apoya el sexo seguro		.679		.572
Sabe que puedo hacer lo necesario para protegerme		.613		.645
No creo que valore lo que he hecho para protegerme		.558		.444
Puedo confiar en mi proveedor de salud		.475		.393
No puedo contar con mi proveedor de salud para practicar sexo seguro			.706	.583
No me siento cómodo hablando			.680	.548
Puedo hablar con mi proveedor de salud sobre sexo seguro.			.553	.584
Si me infectara con VIH mi proveedor de salud no me apoyaría			.548	.405

Nota: C = comunalidades, $n = 204$

Subescala de Apoyo de la Pareja.

La medida de adecuación de la muestra estaba por encima del nivel mínimo aceptable de 0.50, con valor alto de .899. La prueba de la esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2793.432$, $gl = 231$, $p < .05$) fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad. Se puede concluir que la matriz de correlaciones es apta para la factorización.

Se realizó análisis de factores exploratorio por componentes principales, en el cual, se encontraron cuatro factores con un eigenvalor mayor a 1, que en su conjunto explicaron el 60.69 % de la varianza total. Al estar los autovalores extraídos en orden descendiente, el primer componente es el que explica el mayor porcentaje de la varianza total 20.59 % (Tabla 22).

Tabla 22

Varianza de los factores de la Subescala Apoyo de la Pareja

Factor	Número de reactivos	Eigenvalor	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada (%)
1	6	8.84	20.59	40.20
2	8	2.07	16.84	49.64
3.	6	1.31	13.54	55.60
4	2	1.12	9.71	60.69

Nota: n = 235

En la matriz componentes rotados todos los ítems cargaron en uno de los cuatro factores. Todas las cargas de los ítems fueron mayores a .40. De las 22 comunalidades, 21 de ellas se encontraron por arriba del punto de corte .4 (Tabla 23).

Tabla 23

Ítems y cargas de los factores de la Subescala Apoyo de la Pareja

Ítem	Factor				C
	1	2	3	4	
Mis creencias sobre sexo seguro son respetadas	.863				.835
Comparte mis preocupaciones	.807				.787
Compartimos las mismas actitudes y creencias	.787				.723
Puedo hablar sobre sexo seguro	.739				.718

(Continúa)

Ítem	Factor				C
	1	2	3	4	
Me hace sentir seguro que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH	.657				.573
Me siento responsable de la salud y el bienestar	.547				.469
Fue una decisión mutua de practicar el sexo seguro		.751			.712
Disfrutamos practicando el sexo seguro		.734			.555
El amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar el sexo seguro		.716			.650
Respeto mi decisión de practicar sexo seguro		.561			.577
Puedo confiar en mi pareja para practicar sexo seguro		.553			.487
Me siento unido emocionalmente		.552			.602
Sabe que puedo hacer lo que sea para protegerme		.500			.463
Si pensara que me infectara podrá contar con mi pareja		.430			.454
No creo que valore lo que he hecho para protegerme			.761		.628
No apoya el sexo seguro			.706		.512
No estaría allí para apoyarme			.705		.620
No puedo recurrir con mi pareja para orientación			.680		.610
No puedo contar con mi pareja			.579		.487
No me siento cómodo hablando sobre sexo seguro			.466		.385
Confía en mí para aconsejarla sobre sexo seguro				.786	.789
Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme				.734	.718

Nota: C = comunalidades, $n = 235$

Escala resiliencia para Sexo Seguro.

La medida de adecuación de la muestra estuvo por encima del nivel mínimo aceptable de .50, con valor alto de .876. La prueba de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 2557.86$, $gl = 300$, $p < .05$) fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad. Por lo que se puede afirmar que la matriz de correlaciones es apta para la factorización.

Se realizó análisis de factores exploratorio por componentes principales, en el cual, se encontraron dos factores con un eigenvalor mayor a 1, que en su conjunto explicaron el 40.94 de la varianza total. Al estar los autovalores extraídos en orden descendiente, el primer componente es el que explica el mayor porcentaje de la varianza total 29.49% (Tabla 24).

Tabla 24

Varianza de los factores de la Escala de Resiliencia para Sexo Seguro

Factor	Número de reactivos	Eigenvalor	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada (%)
1. Competencia personal	18	7.73	29.49	30.93
2. Aceptación de sí mismo y la vida	4	2.50	11.44	40.94

Nota: n = 247

En la matriz componentes rotados todos los ítems cargaron en uno de los dos factores. No todas las cargas de los ítems fueron mayores a .40. De las 25 comunalidades 11 se encuentran por debajo del punto de corte .4 (Tabla 25).

Tabla 25

Ítems y cargas de los factores de la Escala de Resiliencia para Sexo Seguro

Ítem	Factor		C
	1	2	
Estoy interesado en practicar sexo seguro	.815		.689
Podría practicar sexo seguro	.774		.604
Practicar sexo seguro tiene sentido	.754		.570
Me esforzaría en practicar sexo seguro	.743		.553
Mantenerme interesado en practicar sexo seguro	.732		.574
Haría el esfuerzo para practicar sexo seguro	.720		.518
Practicaría sexo seguro	.701		.493
Me las arreglaría para practicar sexo seguro	.699		.490
Orgullo de practicar sexo seguro	.685		.507
Si hiciera planes de tener sexo seguro	.647		.419
Podría valerme por mi mismo para practicar sexo seguro	.600		.373
Si tuviera un problema de riesgo sexual	.592		.352
Dependería de mi practicar sexo seguro	.565		.330
En una emergencia de riesgo sexual soy alguien en que la gente puede confiar	.540		.292
Puedo controlar varias situaciones a la vez	.466		.241
Sería capaz de ver una situación de riesgo sexual	.378		.147
Confío en mi mismo para salir de situaciones de riesgo sexual	.342		.141
Podría salir de situaciones de riesgo sexual	.334		.172
Me preocupa tener sexo de riesgo	.301		.093
Me pregunto cuál es el propósito de practicar sexo seguro	.069		.007
Si tuviera sexo no lo planearía		.751	.700
Aunque tuviera sexo de riesgo estaría satisfecho		.746	.633
Si se tratara de tener sexo no lo planearía		.714	.613
Aunque tuviera sexo de riesgo estaría contento		.700	.592
Acepto que hay personas que no me quieren por no tener sexo de riesgo		-.363	.133

Nota: C = comunalidades, $n = 247$

Confiabilidad.

Se presentan los resultados de confiabilidad de los instrumentos escala de provisión social para sexo seguro y de la escala de resiliencia para sexo seguro. Los criterios usados para evaluar cada reactivo fueron la matriz de correlación inter-ítem, la correlación ítem total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (Tabla 26).

Cabe mencionar que la escala de resiliencia para sexo seguro, en los coeficientes si se eliminaba algún elemento revelaron que tres elevaban el alfa, por tanto, se decide eliminar los ítems 11, 22 y 25. Los cuales presentaban problemas, el 11 con frecuencia me pregunto cuál es el propósito de practicar sexo seguro, el 22 me preocupa tener sexo de riesgo y el 25 acepto que hay personas que no me quieren por no tener sexo de riesgo. El 11 y 25 pertenecientes a la subescala aceptación sí mismo y la vida, antes de eliminar los ítems el Alfa de Cronbach era de .73 y se elevó a .82, en esta subescala. Lo que coincide con Heilemann, Lee y Kury (2003) los cuales reportan que al eliminar los ítems 11 y 25 de la escala de resiliencia original el Alfa de Cronbach aumentó a .71. Quedando finalmente un Alfa de Cronbach, para esta escala de .87 con 22 ítems.

Tabla 26

Confiabilidad de las escalas Provisión Social para Sexo Seguro y Resiliencia para Sexo

Seguro

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Provisión Social para Sexo Seguro	77	.94
Subescala apoyo familiar	19	.90
Subescala apoyo de los amigos	18	.86
Subescala apoyo del proveedor de salud	18	.88
Subescala apoyo de la pareja	22	.90
Resiliencia para Sexo Seguro	22	.87
Subescala de competencia personal	18	.89
Subescala de aceptación sí mismo y la vida	4	.82.

Conclusiones del análisis de factores.

Escala de provisión social para sexo seguro.

El análisis factorial realizado permitió explorar la estructura de la escala y de esta manera reducir un amplio número de variables a un reducido grupo de medidas más fácil de manipular, así mismo se identificaron la interrelación entre los ítems y el concepto. De las cuatro subescalas que conforman el instrumento se detectó que en tres de ellas cargaron en cuatro factores (apoyo familiar, apoyo de los amigos y apoyo de la pareja), la subescala de apoyo del proveedor en tres factores. De manera que se identificaron las dimensiones que conforman cada una de las escalas.

Escala de resiliencia para sexo seguro.

La validez del instrumento presenta resultados similares con el instrumento original de Wagnild y Young (1991), los cuales reportan dos factores con 17 ítems para el primero y 8 para el segundo. Solo los ítem 7, 11, 21, cargaron en forma contraria del factor aceptación de sí mismo y la vida al factor competencia personal. Asimismo, coincide con los resultados encontrados por Heilemann, Lee y Kury (2003) quienes realizaron la adaptación del instrumento a la versión en Español en población Latina de origen mexicano, reportan dos factores con 20 ítems para el primero y 5 para el segundo, teniendo una diferencia en los ítems 21 y 22 que se cargaron en factores contrarios de acuerdo a lo reportado en este estudio.

Distribución diferencial de medias

A continuación se presentan la distribución diferencial de medias. Las variables incertidumbre sexual, apoyo familiar para la conducta sexual segura y apoyo del proveedor de salud presentaron normalidad, por lo cual se les realizó la prueba *t* de Student. Asimismo, a las variables que no presentan distribución normal se les realizó la prueba *U* de Mann-Whitney. Los resultados se presentan de acuerdo a los factores de riesgo que incluyen el riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia (incertidumbre

sexual) y el riesgo sexual (invulnerabilidad al VIH, Afrontamiento defensivo al riesgo sexual); los factores de protección integrado por protección familiar al riesgo sexual (apoyo familiar para la conducta sexual segura), protección social al riesgo sexual (apoyo de los amigos, apoyo de la pareja y apoyo del proveedor de salud) y protección individual al riesgo sexual (afrentamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH/SIDA, Autoestima, Autoeficacia para la conducta sexual segura) y por último el factor resultado resiliencia sexual en el adolescente. Se utilizó la diferencia total de la media en cada una de las variables para presentar los resultados de los estadísticos antes mencionados.

Factores de riesgo sexual.

Al llevar a cabo la prueba *t* de Student para incertidumbre sexual ($t_{[1, 138]} = 2.63$, $p = .00$, IC 95% [LI = 0.27 - LS = 1.91]). Se observó que existe una diferencia de medias.

En la tabla 27, se muestra que el grupo control disminuyó los niveles de incertidumbre sexual en la segunda medición. Sin embargo, el grupo experimental mantuvo sin cambios sus niveles.

Tabla 27

Estadística descriptiva de incertidumbre sexual

Grupo Control						
Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Incertidumbre sexual	Preintervención	15.30	15.00	4.51	6	24
	Postintervención	13.41	14.00	4.71	5	27
	Diferencia del total	1.80	2.00	4.33	-9	13
Grupo Experimental						
	Preintervención	15.70	15.00	4.75	6	26
	Postintervención	15.46	15.00	5.33	6	30
	Diferencia del total	0.32	0.00	5.36	-17	16

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 28, se puede observar que el estilo de afrontamiento emotivo presentó una diferencia significativa ($U = 1,758.5, p < .001$), lo que muestra que los adolescentes del grupo experimental posterior a la intervención aumentaron el uso de este estilo de afrontamiento defensivo.

Tabla 28

Prueba U de Mann-Withney para los factores de riesgo sexual

Variable	Media	U	p
Invulnerabilidad al VIH	0.64	2,191.5	.34
Afrontamiento Defensivo	-2.51	1,979.0	.09
Afrontamiento evasivo	-1.70	2,020.0	.16
Afrontamiento fatalista	-0.19	2,228.5	.62
Afrontamiento emotivo	-0.62	1,758.5	.00

Nota: Media = Promedio aritmético; U = U de Mann-Withney; p = Valor de significancia

En la tabla 29, se puede observar que los adolescentes del grupo experimental presentaron mayor uso del estilo de afrontamiento emotivo, lo que refleja su uso cuando una situación de riesgo es identificada.

Tabla 29

Estadística descriptiva de afrontamiento emotivo para el grupo control e intervención

Variable	Medición	Grupo Control				
		Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento emotivo	Preintervención	4.18	4.00	3.70	0	14
	Postintervención	4.43	4.00	4.01	0	15
	Diferencia del total	-0.27	0.00	3.25	-13	7
Grupo Experimental						
	Preintervención	4.76	5.00	3.76	0	13
	Postintervención	5.83	6.00	3.62	0	14
	Diferencia del total	-1.00	-1.00	3.20	-7	8

Nota: Media = Promedio aritmético; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar

Factores protectores al riesgo sexual.

Enseguida se presentan los resultados de las variables que se incluyen en los factores de protección al riesgo sexual. A las variables apoyo familiar para la conducta sexual segura y a la dimensión apoyo del proveedor de salud se les aplicó la prueba *t* de Student ya que ambas presentaron normalidad, a las restantes que integran estos factores se les realizó la prueba *U* de Mann-Whitney.

En la tabla 30, se puede observar los datos que muestran que en la variable apoyo familiar para conducta sexual segura presenta una diferencia significativa de medias en los grupos ($t = 2.40, p = < .05$). Lo que sugiere que los adolescentes que participaron en el grupo experimental aumentaron su percepción de apoyo familiar en forma significativa posterior a la intervención (ver tabla 32).

Tabla 30

Prueba t de Student para los factores de protección del riesgo sexual

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	2.40	135	.01	-4.50	-0.43
Apoyo del proveedor de salud	-1.22	128	.22	-3.02	.71

Nota: *t* = *t* de Student; *gl* = Grados de libertad; *p* = Valor de significancia; IC = Intervalos de confianza.

En la tabla 31, se presentan las puntuaciones obtenidas para ambos grupos, lo que indica que los adolescentes del grupo experimental se sienten con mayor motivación para practicar conductas sexuales seguras al considerar a los miembros de su familia como apoyo.

Tabla 31

Estadística descriptiva del apoyo familiar para la conducta sexual segura para el grupo control e intervención

Variable	Medición	Grupo Control				
		Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Apoyo familiar para la CSS	Preintervención	53.61	57.00	13.28	19	75
	Postintervención	55.27	55.00	13.75	14	76
	Diferencia del total	-0.67	-1.50	10.68	-26	22
Grupo Experimental						
	Preintervención	51.27	51.00	13.00	25	76
	Postintervención	54.62	56.00	14.53	20	76
	Diferencia del total	-4.37	-5.00	13.04	-36	22

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

En la tabla 32, se muestra que no existe diferencia significativa en las medias de los grupos en las diferentes dimensiones que integran la variable apoyo social para la conducta sexual segura. Lo que sugiere que los adolescentes del grupo experimental aumentaron la percepción de apoyo de los amigos, pareja y proveedor de salud.

Tabla 32

Prueba U de Mann-Withney para los factores de protección del riesgo sexual

Variable	Media	U	p
Apoyo Social para conducta sexual segura	-8.61	2,021.5	.21
Apoyo de la pareja	-2.11	1,362.0	.18
Apoyo de los amigos	-1.31	2,180.5	.58
Apoyo del proveedor de salud	-1.15	1,827.5	.27

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *U* = U de Mann-Withney; *p* = Valor de significancia

En la tabla 33, se observa que el afrontamiento positivo presentó una diferencia muy significativa ($U = 1,754.0$, $p < .001$) en los adolescentes del grupo experimental. Asimismo, los estilos de afrontamiento optimista ($U = 1,816.5$, $p < .05$), paliativo ($U = 1,494.0$, $p < .001$) y de apoyo presentaron una diferencia significativa

($U = 1,620.0$, $p < .001$). Por otro lado, la variable conocimiento sobre VIH presentó una diferencia significativa ($U = 1,635.5$, $p < .001$) en el grupo experimental. Por último, la variable autoeficacia para la conducta sexual segura ($U = 1,760.5$, $p < .05$) y su dimensión capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón ($U = 1,663.0$, $p < .001$) mostraron una diferencia significativa, lo que sugiere que los adolescentes del grupo experimental aumentaron sus habilidad para seguir sus metas y controlar lo que pueden ser capaz de hacer (ver tabla 35).

Tabla 33

Prueba U de Mann-Withney para los factores de protección del riesgo sexual

Variable	Media	U	p
Afrontamiento Positivo	-9.18	1,754.0	.00
Afrontamiento confrontativo	-2.68	2,043.0	.15
Afrontamiento optimista	-2.05	1,816.5	.01
Afrontamiento paliativo	-1.40	1,494.0	.00
Afrontamiento de apoyo	-1.48	1,620.0	.00
Afrontamiento de seguridad de si mismo	-1.60	2,030.0	.17
Conocimiento sobre VIH/SIDA	-3.37	1,635.5	.00
Autoestima	0.85	2,330.0	.94
Autoeficacia para la conducta sexual segura	-1.05	1,760.5	.01
Capacidad para decir no	1.97	1,960.5	.09
Capacidad percibida para preguntar	11.23	2,061.0	.27
Capacidad percibida para adquirir y utilizar el condón	-1.74	1,663.0	.00
Capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio	-0.78	2,099.5	.28

Nota: Media = Promedio aritmético; U = estadístico de prueba Mann-Withney; p = Valor de significancia

En la tabla 34, se muestra que todos los puntajes aumentaron en tres estilos de afrontamiento positivo en el grupo experimental posterior a la intervención, a diferencia del grupo control cuyos puntajes se mantuvieron bajos en ambas mediciones. Esto indica

que los adolescentes del grupo experimental utilizaron más estos estilos para eliminar, reducir o tolerar el riesgo sexual. Asimismo, se puede observar que las variables conocimiento sobre VIH y Autoeficacia para conducta sexual segura, aumentaron sus puntajes en el grupo experimental en la segunda medición, lo que refleja mayor protección individual. Lo anterior muestra que los adolescentes aumentaron sus habilidades para tener conductas sexuales seguras.

Tabla 34

Estadística descriptiva para las variables afrontamiento positivo al riesgo sexual, conocimiento sobre VIH y autoeficacia para conducta sexual segura para el grupo control e intervención

		Grupo Control				
Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento positivo al RS	Preintervención	41.77	48.00	30.53	0	103
	Postintervención	46.02	53.50	34.01	0	96
	Diferencia del total	-4.56	0.00	28.83	-89	70
Afrontamiento optimista	Preintervención	11.21	12.50	8.53	0	27
	Postintervención	12.15	14.00	9.14	0	27
	Diferencia del total	-1.00	0.00	8.19	-23	19
Afrontamiento paliativo	Preintervención	4.96	5.00	4.06	0	17
	Postintervención	5.18	6.00	4.34	0	14
	Diferencia del total	-0.36	0.00	3.88	-12	6
Afrontamiento de apoyo	Preintervención	5.08	5.00	4.36	0	15
	Postintervención	5.68	6.00	4.58	0	14
	Diferencia del total	-0.58	0.00	4.31	-12	13
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Preintervención	21.32	24.22	7.84	0	33
	Postintervención	23.81	24.40	7.53	0	33
	Diferencia del total	-2.13	-0.15	8.58	-24	29
Autoeficacia para CSS	Preintervención	74.50	79.00	23.09	25	108
	Postintervención	73.92	72.50	21.58	38	108
	Diferencia del total	2.27	-1.00	20.06	-58	60
Capacidad percibida para adquirir y usar el condón	Preintervención	25.22	26.50	6.25	6	32
	Postintervención	25.84	26.50	5.62	10	32
	Diferencia del total	-0.60	0.00	4.81	-11	12

(Continúa)

Grupo Experimental						
Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Afrontamiento positivo al RS	Preintervención	45.41	56.50	29.83	0	107
	Postintervención	60.33	68.50	27.31	0	97
	Diferencia del total	-14.22	-12.50	27.12	-86	67
Afrontamiento optimista	Preintervención	12.26	14.00	8.00	0	25
	Postintervención	15.78	18.00	7.73	0	26
	Diferencia del total	-3.21	-2.00	7.22	-24	18
Afrontamiento paliativo	Preintervención	5.50	6.00	4.16	0	21
	Postintervención	8.04	8.00	4.39	0	19
	Diferencia del total	-2.55	-2.00	4.64	-15	10
Afrontamiento de apoyo	Preintervención	5.26	5.00	3.86	0	14
	Postintervención	8.04	9.00	3.71	0	15
	Diferencia del total	-2.47	-2.00	4.10	-11	12
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Preintervención	22.97	24.25	5.27	5	33
	Postintervención	27.02	29.17	9.02	0	34
	Diferencia del total	-4.67	-5.00	9.04	-24	28
Autoeficacia para CSS	Preintervención	69.62	67.00	21.98	28	108
	Postintervención	73.37	73.00	24.71	8	108
	Diferencia del total	-4.52	-5.00	18.99	-45	45
Capacidad percibida para adquirir y usar el condón	Preintervención	24.10	24.00	6.17	7	32
	Postintervención	26.22	28.00	6.82	0	32
	Diferencia del total	-2.94	-3.00	7.05	-24	23

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

Factor resultado.

En la tabla 35, podemos observar que la diferencia del total entre ambas mediciones de resiliencia sexual, la cual presentó una diferencia significativa ($U = 1,866.0, p < .05$). Lo que muestra que los adolescentes del grupo de intervención aumentaron en forma significativa su capacidad de desarrollar sus recursos de protección internos y externos para contrarrestar los factores de riesgo sexual (ver tabla 36).

Tabla 35

Prueba U de Mann-Withney para el factor resultado

Variable	Media	U	p
Resiliencia Sexual	-2.09	1,866.0	.03
Competencia personal	-2.26	1,953.5	.09
Aceptación de si mismo y la vida	0.16	1,920.5	.06
Conducta de riesgo sexual	-0.22	2,043.0	.10

Nota: Media = Promedio aritmético; U = U de Mann-Withney; p = Valor de Significancia

En la tabla 36, se pueden observar los puntajes obtenidos para ambos grupos en las mediciones realizadas antes y posterior a la intervención. Por lo que, se puede apreciar que los adolescentes del grupo experimental aumentaron su capacidad resiliente para enfrentar con éxito las situaciones de riesgo sexual, que los dirigen a una adaptación positiva y exitosa.

Tabla 36

Estadística descriptiva de resiliencia sexual para el grupo control e intervención

		Grupo Control				
Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Mín	Máx
Resiliencia sexual	Pretintervención	64.35	66.00	13.45	19	88
	Postintervención	64.31	66.00	16.08	16	86
	Diferencia del total	0.90	-1.00	15.36	-32	68
		Grupo Experimental				
	Pretintervención	64.44	65.50	13.20	13	88
	Postintervención	68.79	70.00	14.98	16	88
	Diferencia del total	-5.22	-5.00	16.27	-72	52

Nota: Media = Promedio aritmético; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar

Estadista para probar las hipótesis del estudio

Para probar las hipótesis de la 1 a la 5 se determinaron coeficientes de correlación de Pearson y Modelos de Regresión Lineal Múltiple, donde se respetaron los

siguientes supuestos: 1) la relación entre las variables fue aproximadamente lineal, 2) los residuos se distribuyeron normalmente, 3) los residuos fueron independientes uno de otros y 4) los residuos presentaron varianzas constantes. Para la hipótesis 6 se realizó Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariados y en el caso de la hipótesis 7 se realizó coeficientes de correlación de Pearson y Modelos de Regresión Lineal Múltiple con el método de “Backward” para el modelo final. Se utilizó la variable grupo para medir el efecto de la intervención en el grupo experimental.

Hipótesis 1.

La hipótesis uno plantea que los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron. Se verificó a través de dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Correlación de Pearson.

Primero se realizó una correlación de Pearson, la cual reportó que la incertidumbre sexual preintervención y el grupo ($p < .001$) se relacionaron significativamente con incertidumbre sexual postintervención. Lo que indica que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 37).

Tabla 37

Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variables incertidumbre sexual preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual e incertidumbre sexual postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Incertidumbre sexual postintervención	1					
2. Incertidumbre sexual pretintervención	.51**	1				

(Continúa)

Variable	1	2	3	4	5	6
3. Género	-.06	-.02	1			
4. Edad	.02	.04	-.05	1		
5. Grupo	.21**	.06	.06	.07	1	
6. Experiencia sexual	.09	.05	-.09	.11	-.00	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.

Regresión Lineal.

Posteriormente se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple. En el primer modelo se utilizaron la incertidumbre sexual preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la incertidumbre sexual postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 38 muestran que la incertidumbre sexual preintervención y el grupo tienen un efecto moderado sobre la incertidumbre sexual postintervención. En este modelo, los resultados mostraron que la incertidumbre sexual preintervención y el grupo explicaron el 30.9% de la varianza en la incertidumbre sexual postintervención ($F_{[5,137]} = 11.832$, $p < .001$). Con base a este análisis se concluye que la incertidumbre sexual preintervención y el grupo influyen significativamente en la incertidumbre sexual postintervención.

Tabla 38

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de incertidumbre sexual preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la incertidumbre sexual postintervención

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	B	Error Estándar	Beta	Valor de p
Constante	9.78	11.16	-	.38
Incertidumbre sexual preintervención	.52	.07	.50	.00
Género	-.63	.76	-.06	.40
Edad	-.22	.70	-.02	.74

(Continúa)

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Grupo	1.93	.73	.19	.01
Experiencia sexual	.93	1.07	.06	.38

Nota: Variable dependiente = Incertidumbre sexual postintervención

En el segundo modelo se utilizaron como variables independientes la edad, el género, la experiencia sexual, el grupo y como dependiente la diferencia del total de incertidumbre sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa para diferencia del total de incertidumbre sexual ($F_{[4,137]} = 1.114, p < .35$).

Para la hipótesis uno, se concluye que los adolescentes que participaron en la intervención presentaron menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron. Por lo que la hipótesis planteada se acepta.

Hipótesis 2.

La hipótesis 2 plantea que los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de invulnerabilidad al VIH y afrontamiento defensivo que los que no participaron. Primero se presenta la variable invulnerabilidad al VIH y posteriormente la variable afrontamiento defensivo.

Invulnerabilidad al VIH.

Correlación de Pearson.

Se realizó una correlación de Pearson, la cual reportó que invulnerabilidad al VIH preintervención ($p < .001$) y grupo ($p < .05$) se relacionaron significativamente con invulnerabilidad al VIH postintervención. Lo que indica que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 39).

Tabla 39

Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variable invulnerabilidad al VIH preintervención, género, edad, grupo, experiencia sexual e invulnerabilidad al VIH postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Invulnerabilidad al VIH postintervención	1					
2. Género	.07	1				
3. Edad	.07	-.05	1			
4. Grupo	-.15*	.06	.07	1		
5. Experiencia sexual	-.10	-.09	.11	-.00	1	
6. Invulnerabilidad al VIH pretintervención	.58**	-.02	-.05	-.07	-.02	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

Se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple. En el primer modelo se introdujeron la invulnerabilidad al VIH preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual como variables independientes y se tomó como variable dependiente la invulnerabilidad al VIH postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 40 señalan que, la variable invulnerabilidad al VIH preintervención, tiene un efecto grande sobre la invulnerabilidad al VIH postintervención. En este modelo, los resultados indican que la invulnerabilidad al VIH explicó el 39 % de la varianza en la invulnerabilidad al VIH postintervención ($F_{[5,137]} = 16.869$, $p < .001$). Con base a este análisis se concluye que la invulnerabilidad al VIH preintervención influye significativamente en la invulnerabilidad al VIH postintervención.

Tabla 40

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de invulnerabilidad al VIH preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en la invulnerabilidad al VIH postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-14.48	7.94	-	.07
Género	.80	.54	.10	.13
Edad	.94	.50	.13	.06
Grupo	-1.00	.52	-.13	.05
Experiencia sexual	-1.05	.76	-.09	.17
Invulnerabilidad al VIH preintervención	.56	.06	.58	.00

Nota: Variable dependiente = Invulnerabilidad al VIH postintervención

En el segundo modelo se utilizaron como variables independientes la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo y como dependiente la diferencia del total de invulnerabilidad al VIH. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa para diferencia del total de invulnerabilidad al VIH ($F_{[4,137]} = 1.993$, $p < .09$).

Afrontamiento defensivo.

Primero se realizó una correlación de Pearson, la cual reportó que el grupo, la experiencia sexual, el afrontamiento defensivo preintervención ($p < .001$) y la edad ($p < .05$) se relacionaron significativamente con afrontamiento defensivo postintervención. Lo que muestra que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención. Asimismo, refleja que los adolescentes que utilizan menos los estilos de afrontamiento defensivo tienen la capacidad de identificar los riesgos sexuales, reflexionar y enfrentar el problema de manera adecuada (ver tabla 41).

Tabla 41

Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variable afrontamiento defensivo preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el afrontamiento defensivo postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Afrontamiento defensivo postintervención	1					
2. Género	.03	1				
3. Edad	.15*	-.07	1			
4. Grupo	.24**	.05	.05	1		
5. Experiencia sexual	.20**	-.09	.12	-.00	1	
6. Afrontamiento defensivo pretintervención	.57**	-.01	-.01	.10	.10	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

Se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple. En el primer modelo se incluyeron como variables independientes el afrontamiento defensivo preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y se tomó como variable dependiente el afrontamiento defensivo postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 42 señalan que, las variables edad, grupo, experiencia sexual y afrontamiento defensivo preintervención tienen un efecto grande sobre el afrontamiento defensivo postintervención. En este modelo, los resultados indican que la edad, el grupo, la experiencia sexual y el afrontamiento defensivo postintervención explicaron el 40.7 % de la varianza en el afrontamiento defensivo postintervención ($F_{[5,136]} = 17.956$, $p < .001$). Con base a este análisis se concluye que la edad, el grupo, la experiencia sexual y el afrontamiento defensivo preintervención influyen significativamente en el afrontamiento defensivo postintervención.

Tabla 42

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo, experiencia sexual y afrontamiento defensivo preintervención en el afrontamiento defensivo postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-169.67	93.57	-	.07
Género	4.7	6.2	.05	.45
Edad	12.18	5.8	.14	.04
Grupo	15.73	6.0	.17	.01
Experiencia sexual	17.74	8.8	.13	.04
Afrontamiento defensivo preintervención	.58	.07	.54	.00

Nota: Variable dependiente = Afrontamiento defensivo postintervención

En el segundo modelo se utilizaron como variables independientes la edad, el Género, la experiencia sexual, el grupo y como dependiente el afrontamiento defensivo. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa para el afrontamiento defensivo ($F_{[4,136]} = 1.000$, $p < .41$).

Para la hipótesis dos, se concluye que los adolescentes que participaron en la intervención no disminuyeron los niveles de invulnerabilidad al VIH y utilizaron menos el afrontamiento defensivo que los que no participaron, lo primero es contrario a lo establecido en la hipótesis, no hubo diferencia entre los grupos. En consecuencia la hipótesis dos se acepta parcialmente.

Hipótesis 3.

La hipótesis tres plantea que los adolescentes que participaron en la intervención perciben mayor apoyo familiar y social para la conducta sexual segura que los que no participaron. Primero se presenta la variable apoyo familiar para conducta sexual de riesgo y posteriormente apoyo social para conducta sexual segura.

Apoyo familiar para conducta sexual segura.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención se relacionó significativamente ($p < .001$) con el apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención y la experiencia sexual. Lo que manifiesta que los adolescentes del grupo de intervención presentaron mayor percepción de apoyo de la familia posterior a la intervención. Asimismo, el apoyo familiar preintervención se relacionó con el grupo ($p < .05$) y la experiencia sexual ($p < .001$) (ver tabla 43).

Tabla 43

Matriz de Correlaciones de Pearson entre las variables apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención, edad, género, experiencia sexual y grupo en el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención	1					
2. Género	.04	1				
3. Edad	.08	-.04	1			
4. Grupo	-.03	.09	.06	1		
5. Experiencia sexual	-.22**	-.12	.10	.01	1	
6. Apoyo familiar para conducta segura pretintervención	.60**	.06	.03	-.17*	-.29**	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y como dependiente el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 44 señalan que el apoyo familiar para

conducta sexual segura preintervención tiene un efecto moderado sobre el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención explicó el 37.9% de la varianza en el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención ($F_{[5,134]} = 15.745, p < .001$).

Tabla 44

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención, género, edad y grupo experiencia sexual en el apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-5.32	29.54	-	.85
Género	.00	2.04	.00	.99
Edad	1.60	1.87	.06	.39
Grupo	2.00	1.99	.07	.31
Experiencia sexual	-2.10	3.03	-.05	.48
Apoyo familiar para conducta sexual segura preintervención	.65	.08	.60	.00

Nota: Variable dependiente = Apoyo familiar para conducta sexual segura postintervención.

En el segundo modelo se introdujeron como variables independientes, la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo y como variable dependiente la diferencia del total de apoyo familiar. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa en la variable apoyo familiar para conducta sexual segura ($F_{[4,134]} = .967, p < .42$).

Apoyo social para conducta sexual segura.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que el apoyo social para conducta sexual segura postintervención se relacionó significativamente con el apoyo social para conducta sexual segura preintervención ($p < .001$). Asimismo, el apoyo social preintervención se relacionó con el grupo y la experiencia sexual (ver tabla 45).

Tabla 45

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables apoyo social para conducta sexual segura preintervención, edad, género, experiencia sexual, grupo en el apoyo social para conducta sexual segura postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Apoyo social para conducta sexual segura postintervención	1					
2. Género	.01	1				
3. Edad	.02	-.07	1			
4. Grupo	-.06	.07	.08	1		
5. Experiencia sexual	.12	-.12	.10	.02	1	
6. Apoyo social para conducta segura pretintervención	.59**	.02	.03	-.15*	.18*	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el apoyo social para conducta sexual segura preintervención, el género, la edad, el grupo, la experiencia sexual y como dependiente el apoyo social para conducta sexual segura postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 46 señalan que el apoyo social para conducta sexual segura preintervención tiene un efecto moderado sobre el apoyo social para conducta sexual segura postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos

muestran que el apoyo social para conducta sexual segura preintervención explicó el 35.1% de la varianza en el apoyo social para conducta sexual segura postintervención ($F_{[5,134]} = 13.929, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el apoyo social para conducta sexual segura preintervención influye significativamente en el apoyo social para conducta sexual segura postintervención.

Tabla 46

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de apoyo social para conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el apoyo social en la conducta sexual segura postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	73.31	87.67	-	.40
Género	.15	6.0	.00	.98
Edad	-.34	5.5	-.00	.95
Grupo	2.32	5.8	.02	.69
Experiencia sexual	1.83	8.6	.01	.83
Apoyo social para conducta sexual segura preintervención	.61	.07	.59	.00

Nota: Variable dependiente = Apoyo social para conducta sexual segura postintervención

En el segundo modelo se introdujeron como variables independientes el género, la edad, el grupo, la experiencia sexual y como variable dependiente la diferencia del total de apoyo social para conducta sexual segura. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa en la variable apoyo social para conducta sexual segura ($F_{[4,134]} = .477, p < .75$).

Para la hipótesis tres se concluye que no hubo efecto de grupo para las variables apoyo familiar y social para la conducta sexual segura, por lo que se considera que no es

mejor el grupo experimental que el grupo control. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis planteada.

Hipótesis 4.

La hipótesis cuatro plantea que los adolescentes que participaron en la intervención perciben mayor conocimiento sobre VIH, afrontamiento positivo al riesgo sexual, autoestima y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron. En ese orden se presentan.

Conocimiento sobre VIH.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención se relacionó significativamente con el conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención ($p < .001$) y grupo ($p < .05$). Lo que muestra que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención. Por lo que, los adolescentes del grupo de intervención presentaron mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA posterior a la intervención. (ver tabla 47).

Tabla 47

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención	1					
2. Género	.00	1				
3. Edad	.08	-.08	1			
4. Grupo	.18*	.08	.09	1		
5. Experiencia sexual	.04	-.11	.11	.01	1	
6. Conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención	.34**	.09	-.12	.05	-.07	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y como dependiente el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 48 señalan que el conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención tiene un efecto moderado sobre el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención explicó el 16.1 % de la varianza en el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención ($F_{[5,135]} = 5.001, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención influye significativamente en el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención.

Tabla 48

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual en el conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-12.48	21.44	-	.56
Género	-.47	1.42	-.02	.73
Edad	1.74	1.33	.10	.19
Grupo	2.64	1.36	.15	.05
Experiencia sexual	1.24	2.01	.05	.53
Conocimiento sobre VIH/SIDA preintervención	.43	.10	.35	.00

Nota: Variable dependiente = Conocimiento sobre VIH/SIDA postintervención

Correlación de Pearson.

En el segundo modelo, se encontró que la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA se relacionó significativamente con la edad ($p < .05$) (ver tabla 49).

Tabla 49

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables género, edad, grupo experiencia sexual en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA

Variable	1	2	3	4	5	6
2. Diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA	1					
3. Género	.06*	1				
4. Edad	-.18	-.08	1			
5. Grupo	-.13	.08	.09	1		
6. Experiencia sexual	-.09	-.11	.11	.01	1	

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y como dependiente la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 50 señalan que la edad tiene un efecto bajo sobre la diferencia del total de el conocimiento sobre VIH/SIDA. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad explicó el 5.6 % de la varianza en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH ($F_{[4,135]} = 1.935$, $p < .10$). Con base a este análisis, se concluye que la edad influye significativamente en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA.

Tabla 50

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	38.34	23.27	-	.10
Género	1.03	1.57	.05	.51
Edad	-2.65	1.46	-.15	.07
Grupo	-2.19	1.51	-.12	.14
Experiencia sexual	-1.85	2.23	-.07	.40

Nota: Variable dependiente = Diferencia del total de conocimiento sobre VIH/SIDA

Afrontamiento positivo.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que el afrontamiento positivo al RS postintervención se relacionó significativamente con el afrontamiento positivo al RS preintervención, el grupo, la experiencia sexual ($p < .001$) y la edad ($p < .05$). Lo que manifiesta que los adolescentes del grupo de intervención presentaron mayor nivel de afrontamiento positivo al RS posterior a la intervención. Lo que indica que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 51).

Tabla 51

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables afrontamiento positivo preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual en el afrontamiento positivo postintervención

<i>Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Afrontamiento positivo postintervención	1					
2. Género	.03	1				
3. Edad	.17*	-.07	1			
4. Grupo	.24**	.05	.05	1		
5. Experiencia sexual	.20**	-.09	.12	-.00	1	
6. Afrontamiento positivo preintervención	.56**	-.02	-.01	.09	.07	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el afrontamiento positivo preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y como dependiente el afrontamiento positivo postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 52 señalan que la edad, el grupo, la experiencia sexual y el afrontamiento positivo preintervención tienen un efecto alto sobre afrontamiento positivo postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad, el grupo, la experiencia sexual y el afrontamiento positivo preintervención explicaron el 41 % de la varianza en el afrontamiento positivo postintervención ($F_{[5,136]} = 18.197, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la edad, el grupo, la experiencia sexual y el afrontamiento positivo preintervención influyen significativamente en el afrontamiento positivo postintervención.

Tabla 52

Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de afrontamiento positivo preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual en el afrontamiento positivo postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coeficientes no Estandarizados</i>		<i>Coeficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-137.27	65.65	-	.03
Género	3.83	4.39	.05	.38
Edad	9.68	4.12	.15	.02
Grupo	11.33	4.25	.18	.00
Experiencia sexual	13.88	6.17	.15	.02
Afrontamiento positivo preintervención	.58	.07	.54	.00

Nota: Variable dependiente = afrontamiento positivo postintervención

Correlación de Pearson.

En el segundo modelo, se encontró que la diferencia del total de afrontamiento positivo se relacionó significativamente con la edad ($p < .001$), el grupo y la experiencia sexual ($p < .05$). Lo que manifiesta que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 53).

Tabla 53

Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo y experiencia sexual y la diferencia de total de afrontamiento positivo

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Total de diferencia de afrontamiento positivo	1					
2. Género	-.05	1				
3. Edad	-.21**	-.07	1			
4. Grupo	-.17*	.05	.05	1		
5. Experiencia sexual	-.15*	-.09	.12	-.00	1	

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual se utilizaron como variables independientes y como dependiente la diferencia del total de afrontamiento positivo. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 54 señalan que la edad tiene un efecto bajo sobre el afrontamiento positivo postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad explicó el 9.3 % de la varianza en la diferencia del total de afrontamiento positivo ($F_{[4,136]} = 3.379, p < .01$). Con base a este análisis, se concluye que la edad influye significativamente en el afrontamiento positivo.

Tabla 54

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo experiencia sexual en la diferencia del total de afrontamiento positivo

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	166.37	73.01	-	.02
Género	-4.40	4.89	-.07	.37
Edad	-10.40	4.60	-.19	.02
Grupo	-9.01	4.72	-.15	.05
Experiencia sexual	-11.26	6.88	-.13	.10

Nota: Variable dependiente = diferencia del total de afrontamiento positivo

Autoestima.

Se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple que a continuación se mencionan.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que autoestima postintervención se relacionó significativamente con autoestima preintervención ($p < .001$). Asimismo, autoestima preintervención se relacionó significativamente con el grupo y la experiencia sexual. Lo que indica que no hubo efecto de grupo. Por lo que puede inferir que la percepción de valía personal para hacer frente al riesgo sexual se mantuvo similar en ambos grupos (ver tabla 55).

Tabla 55

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables autoestima preintervención, género, edad, grupo y experiencia sexual y autoestima postintervención

<i>Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Autoestima postintervención	1					
2. Género	-.01	1				
3. Edad	-.08	-.08	1			

(Continúa)

Variable	1	2	3	4	5	6
4. Grupo	.10	.08	.09	1		
5. Experiencia sexual	.13	-.11	.11	.01	1	
6. Autoestima preintervención	.58**	-.11	.01	.14*	.17*	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron como variables independientes el autoestima preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual y como dependiente el autoestima postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 56 señalan que el autoestima preintervención tiene un efecto grande sobre el autoestima postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el autoestima preintervención explicó el 35 % de la varianza en el autoestima postintervención ($F_{[5,135]} = 13.991, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el autoestima preintervención influye significativamente en el autoestima postintervención.

Tabla 56

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de autoestima preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual en el autoestima postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	19.38	13.74	-	.16
Género	.63	.93	.09	.49
Edad	-1.18	.86	-.09	.17
Grupo	.23	.90	.01	.79
Experiencia sexual	.93	1.33	.05	.48
Autoestima preintervención	.66	.08	.57	.00

Nota: Variable dependiente = Autoestima postintervención

En el segundo modelo se introdujeron edad, género, experiencia sexual y grupo como variables independientes y como variable dependiente la diferencia del total de autoestima. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que ninguna variable resultó significativa en la diferencia total de autoestima ($F_{[4,135]} = .734, p < .57$).

Autoeficacia para la conducta sexual segura.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención se relacionó significativamente con la autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención ($p < .001$). Asimismo, la autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención se relacionó significativamente con el grupo ($p < .05$) (ver tabla 57).

Tabla 57

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual y autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención	1					
2. Género	-.12	1				
3. Edad	-.11	-.08	1			
4. Grupo	-.02	.08	.09	1		
5. Experiencia sexual	-.08	-.11	.11	.01	1	
6. Autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención	.62**	-.08	.02	-.17*	-.02	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se utilizaron la autoeficacia para conducta sexual segura preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 58 señalan que la edad y la autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención tienen un efecto grande sobre autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y la autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención explicaron el 42.9 % de la varianza en la autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención ($F_{[5,135]} = 19.539, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la edad y el autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención influyen significativamente en el autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención.

Tabla 58

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual en la autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	130.17	47.27	-	.00
Género	-4.4	3.19	-.09	.16
Edad	-6.2	2.97	-.14	.03
Grupo	5.0	3.11	.11	.10
Experiencia sexual	-4.5	4.53	-.06	.32
Autoeficacia para la conducta sexual segura preintervención	.64	.06	.63	.00

Nota: Variable dependiente = Autoeficacia para la conducta sexual segura postintervención

Correlación de Pearson.

En el segundo modelo, se encontró que la autoeficacia para la conducta sexual segura se relacionó significativamente con la edad y el grupo ($p < .05$). Lo que manifiesta que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 59).

Tabla 59

Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo y experiencia sexual en la diferencia de total de autoeficacia para conducta sexual segura

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Total de diferencia de autoeficacia para CSS	1					
2. Género	.04	1				
3. Edad	.16*	-.08	1			
4. Grupo	-.17*	.08	.09	1		
5. Experiencia sexual	.07	-.11	.11	.01	1	

Nota: * $p < .05$.

Regresión Lineal.

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual se utilizaron como variables independientes y como dependiente la diferencia del total de autoeficacia para la conducta sexual segura. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 60 señalan que la edad y el grupo tienen un efecto bajo sobre la diferencia del total de autoeficacia para la conducta sexual segura. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y el grupo explicaron el 7.2 % de la varianza en la diferencia del total de autoeficacia para la conducta sexual segura ($F_{[4,136]} = 2.546, p < .04$). Con base a este análisis, se concluye que la edad y el grupo influyen significativamente la autoeficacia para la conducta sexual segura.

Tabla 60

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la autoeficacia para la conducta sexual segura

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>Valor de p</i>
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	
Constante	-111.80	51.72	-	.03
Género	3.26	3.4	.08	.35
Edad	6.96	3.2	.18	.03
Grupo	-7.86	3.3	-.19	.02
Experiencia sexual	3.67	4.9	.06	.46

Nota: Variable dependiente = Autoeficacia para la conducta sexual segura

La hipótesis cuatro plantea que los adolescentes que participaron en la intervención perciben mayor afrontamiento positivo al riesgo sexual y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron. Y contrario a lo planteado con la hipótesis los adolescentes no presentaron aumento del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y de autoestima por lo que no hubo efecto de grupo en estas dos últimas. En consecuencia la hipótesis cuatro se acepta parcialmente.

Hipótesis 5.

La hipótesis cinco plantea que los adolescentes que participaron en la intervención reportan mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron. Para esta hipótesis se presentan los resultados de resiliencia sexual y de conducta sexual.

Resiliencia sexual.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró que la resiliencia sexual postintervención se relacionó significativamente con la edad, la experiencia sexual ($p < .05$) y la resiliencia sexual preintervención ($p < .001$) (ver tabla 61).

Tabla 61

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables resiliencia sexual preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual y resiliencia sexual postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Resiliencia sexual postintervención	1					
2. Género	-.04	1				
3. Edad	.18*	-.08	1			
4. Grupo	.13	.08	.09	1		
5. Experiencia sexual	.15*	-.11	.11	.01	1	
6. Resiliencia pretintervención	.39**	.07	-.07	-.07	-.04	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la resiliencia sexual preintervención, el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la resiliencia sexual postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 62 señalan que la edad y la resiliencia sexual preintervención tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y la resiliencia sexual preintervención explicaron el 24.9% de la varianza en el resiliencia sexual postintervención ($F_{[5,135]} = 8.603$, $p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la edad y la resiliencia sexual preintervención influyen significativamente en la resiliencia sexual postintervención.

Tabla 62

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de resiliencia sexual preintervención, género, edad, grupo experiencia sexual en la resiliencia sexual postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-.51.02	37.49	-	.17

(Continúa)

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Género	-1.94	2.49	-.06	.43
Edad	5.39	2.32	.18	.02
Grupo	4.71	2.39	.15	.05
Experiencia sexual	6.68	3.53	.14	.06
Resiliencia sexual preintervención	.49	.08	.43	.00

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual postintervención

Correlación de Pearson.

En el segundo modelo, se encontró que la resiliencia sexual se relacionó significativamente con la edad ($p < .001$), el grupo y la experiencia sexual ($p < .05$). Lo que indica que hubo un efecto significativo en el grupo experimental posterior a la intervención (ver tabla 63).

Tabla 63

Matriz de Correlaciones de Pearson de género, edad, grupo, experiencia sexual y resiliencia sexual

Variable	1	2	3	4	5
1. Resiliencia sexual	1				
2. Género	.11	1			
3. Edad	-.24**	-.08	1		
4. Grupo	-.19*	.08	.09	1	
5. Experiencia sexual	-.19*	-.11	.11	.01	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple el género, la edad, el grupo y la experiencia sexual se utilizaron como variables independientes y como dependiente la diferencia del total de resiliencia sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión

Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 64 señalan que la edad y el grupo tienen un efecto bajo sobre la diferencia del total de resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y el grupo explicaron el 12% de la varianza en la diferencia del total de resiliencia sexual ($F_{[4,135]} = 4.485, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la edad y el grupo influyen significativamente en la diferencia del total de resiliencia sexual.

Tabla 64

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de género, edad, grupo y experiencia sexual en la resiliencia sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	93.52	40.88	-	.02
Género	3.02	2.76	.09	.27
Edad	-6.10	2.57	-.19	.01
Grupo	-5.70	2.65	-.17	.03
Experiencia sexual	-7.31	3.93	-.15	.06

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual

Conducta sexual.

Correlación de Pearson.

En el primer modelo, se encontró la conducta sexual postintervención se relacionó significativamente con la experiencia sexual y la conducta sexual preintervención ($p < .001$). Asimismo, conducta sexual pretintervención se relacionó significativamente con la experiencia sexual ($p < .001$) (ver tabla 65).

Tabla 65

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables conducta de riesgo sexual preintervención, edad, género, experiencia sexual, grupo y conducta sexual postintervención

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Conducta sexual preintervención	1					
2. Edad	.05	1				
3. Género	-.05	-.08	1			
4. Experiencia sexual	.92**	.11	-.11	1		
5. Grupo	.00	.09	.08	.01	1	
6. Conducta sexual preintervención	.93**	.12	-.09	.96**	.03	1

Nota: ** $p < .001$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la conducta sexual preintervención, la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la conducta sexual postintervención. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la 66 señalan que la experiencia sexual y la conducta sexual preintervención tienen un efecto fuerte sobre conducta sexual postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la experiencia sexual y la conducta sexual preintervención explicaron el 89.1% de la varianza en el conducta sexual postintervención ($F_{[5,135]} = 211.483, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la experiencia sexual y la conducta sexual preintervención influyen significativamente en la conducta sexual postintervención.

Tabla 66

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la conducta de riesgo sexual preintervención, edad, género, experiencia sexual y grupo en la conducta sexual postintervención

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	19.03	10.14	-	.06
Edad	-1.22	.63	-.05	.05
Género	.78	.68	.03	.25
Experiencia sexual	9.70	3.53	.29	.00
Grupo	-.35	.65	-.01	.59
Conducta sexual preintervención	.65	.10	-.66	.00

Nota: Variable dependiente = Conducta de riesgo sexual postintervención

Correlación de Pearson.

En el segundo modelo, se encontró la diferencia del total de conducta sexual se relacionó significativamente con la edad y la experiencia sexual ($p < .05$) (ver tabla 67).

Tabla 67

Matriz de Correlaciones de Pearson de las variables edad, género, experiencia sexual, grupo y la diferencia del total de conducta sexual

<i>Variable</i>	1	2	3	4	5
1. Diferencia del total de conducta sexual	1				
2. Edad	.19*	1			
3. Género	-.09	-.08	1		
4. Experiencia sexual	.14*	.11	-.11	1	
5. Grupo	.07	.09	.08	.01	1

Nota: * $p < .05$.

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la diferencia del total de conducta sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 68 señalan que la edad tiene un efecto bajo sobre conducta sexual postintervención. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad explicaron el 6.3% de la varianza en la diferencia del total conducta sexual ($F_{[4,135]} = 2.202, p < .07$). Con base a este análisis, se concluye que la edad influye significativamente en la diferencia del total de conducta sexual.

Tabla 68

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la edad, género, experiencia sexual y grupo en la diferencia del total de la conducta sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-20.92	10.49	-	.04
Edad	1.33	.66	.17	.04
Género	-.60	.71	-.07	.39
Experiencia sexual	1.38	1.00	.11	.17
Grupo	.47	.68	.05	.48

Nota: Variable dependiente = Diferencia del total de conducta sexual

Para hipótesis cinco se concluye que los adolescentes que participaron en la intervención reportan mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron. En la variable conducta sexual contrario a lo esperado, no hubo efecto de grupo, por lo que el grupo experimental no es mejor que el control. Por lo cual, la hipótesis se acepta parcialmente.

Hipótesis 6.

La hipótesis seis plantea que el efecto de la intervención está moderado por el género, la edad y la experiencia sexual del adolescente. Para comprobarla se realizó un Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado, se construyeron dos modelos.

Test Multivariado.

En el primer modelo se muestra un efecto significativo de la edad ($p < .001$). Por lo que se puede inferir que la edad es un importante moderador de la intervención (ver tabla 69).

Tabla 69

Test Multivariado de experiencia sexual, grupo, género y edad

Variable	λ	F	p
Intercep	0.931	4.846	.00
Experiencia sexual	0.958	2.856	.06
Grupo	0.961	2.652	.07
Género	0.985	1.023	.36
Edad	0.926	5.192	.00

Nota: λ = estadístico de Wilks' Lambda; F = estadístico F ; p = valor de significancia

Regresión Lineal Múltiple Multivariado.

En el primer modelo de Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado se incluyeron la experiencia sexual, el grupo, el género y la edad como variables independientes y como variables dependientes la resiliencia sexual y la conducta sexual. Los coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado que se presentan en la tabla 70 señalan que la edad y el grupo tienen un efecto bajo sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y el grupo explicaron el 12% de la varianza de la variable resiliencia sexual ($F_{[4,135]} = 4.485, p < .001$). En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad explicó el 6.3% de la varianza de la variable conducta sexual ($F_{[4,135]} = 2.202, p < .07$).

Con base a este análisis, se concluye que la edad y el grupo influyen en la resiliencia sexual. También la edad influye en la conducta sexual.

Tabla 70

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de experiencia sexual, grupo, género y edad en la resiliencia sexual y la conducta sexual

Variable Dependiente	Parámetro	B	Error Estándar	t	p	CI 95%	
						LI	LS
Resiliencia Sexual	Intercepto	86.55	41.16	2.10	.03	5.13	167.98
	Experiencia sexual	7.31	3.93	1.86	.06	-0.46	15.09
	Grupo	5.70	2.65	2.14	.03	.45	10.96
	Género	-3.02	2.76	-1.09	.27	-8.49	2.44
	Edad	-6.10	2.57	-2.36	.01	-11.20	-1.00
Conducta sexual	Intercepto	-20.27	10.56	-1.91	.05	-41.17	.62
	Experiencia sexual	-1.38	1.00	-1.37	.17	-3.38	.61
	Grupo	-0.47	.682	-0.69	.48	-1.82	.87
	Género	.60	.710	.846	.39	-0.80	2.00
	Edad	1.33	.662	2.02	.04	.03	2.64

Nota: variables dependientes = Resiliencia sexual y Conducta sexual

Test Multivariado.

En el segundo modelo se muestra un efecto significativo de la edad ($p < .001$) y la experiencia sexual ($p < .05$). Por lo que se puede inferir que la edad y la experiencia sexual son importantes moderadores de la intervención (ver tabla 71).

Tabla 71

Test Multivariado de experiencia sexual, grupo y edad

Variable	λ	F	p
Intercep	0.928	5.149	.00
(Continúa)			
Variable	λ	F	p

Experiencia sexual	0.947	3.675	.02
Grupo	0.965	2.400	.09
Edad	0.922	5.595	.00

Nota: λ = Estadístico de Wilks' Lambda; F = Estadístico F ; p = Valor de significancia

Regresión Lineal Múltiple Multivariado.

En el segundo modelo de Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado se incluyeron la experiencia sexual, el grupo y la edad como variables independientes y como variables dependientes resiliencia sexual y la conducta sexual. Los coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado que se presentan en la tabla 72 señalan que la edad y el grupo tienen un efecto bajo sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad y el grupo explicaron el 11% de la varianza de la variable resiliencia sexual ($F_{[3,136]} = 5.490$, $p < .001$). Asimismo, la edad tiene un efecto bajo en la variable conducta sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad explicó el 6.8% de la varianza de la variable dependiente de conducta de riesgos sexual ($F_{[3,136]} = 3.223$, $p < .02$). Con base a este análisis, se concluye que la edad y el grupo influyen significativamente en la resiliencia sexual y la edad influye significativamente en la conducta sexual.

Tabla 72

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de experiencia sexual, grupo y edad en la resiliencia sexual y la conducta sexual

<i>Variable Dependiente</i>	<i>Parámetro</i>	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>CI 95%</i>	
						<i>LI</i>	<i>LS</i>
Resiliencia Sexual	Incepto	88.13	41.07	2.14	.03	6.89	169.36
	Experiencia sexual	7.30	3.81	1.91	.05	-0.24	14.85
	Grupo	5.30	2.63	2.01	.04	0.10	10.51

(Continúa)

<i>Variable Dependiente</i>	<i>Parámetro</i>	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>CI 95%</i>	
						<i>LI</i>	<i>LS</i>
Conducta sexual	Edad	-6.30	2.56	-2.45	.01	-11.38	-1.23
	Incercepto	-20.34	10.57	-1.92	.05	-41.26	0.58
	Experiencia sexual	-1.75	0.98	-1.79	.07	-3.70	0.18
	Grupo	-0.49	0.67	-0.72	.46	-1.83	0.84
	Edad	1.39	0.66	2.10	.03	0.08	2.69

Nota: variables dependientes = Resiliencia sexual y Conducta sexual

Por lo expuesto, se puede concluir que el efecto de la intervención está moderado por la edad. Por lo que la hipótesis tres se acepta parcialmente.

Hipótesis 7.

La hipótesis siete plantea que los factores de riesgo sexual y los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual del adolescente. Para probar la hipótesis se realizaron Modelos de Regresión Múltiple usando el método “Backward” para el modelo final en las variables resiliencia sexual y conducta sexual. Posteriormente se realizaron Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariados de ambas variables.

Resiliencia sexual.

Se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple usando el método “Backward” para el modelo final. A continuación se presentan.

Correlación de Pearson.

En el modelo inicial, se encontró que la resiliencia sexual se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoeficacia para la CSS, la edad ($p < .001$), la experiencia sexual y el grupo

($p < .05$). Lo que manifiesta que los factores de protección familiar y personal son recursos de protección que los adolescentes desarrollaron posterior a la intervención. Asimismo, el grupo se relacionó con la incertidumbre sexual, el afrontamiento positivo al RS y con la autoeficacia para la CSS. La experiencia sexual se relacionó con el afrontamiento positivo al RS. La edad se relacionó con la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS. La autoeficacia para la CSS se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS y el afrontamiento positivo al RS. El autoestima se relacionó con el afrontamiento defensivo al RS y el afrontamiento positivo al RS. El conocimiento sobre VIH/SIDA se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS. El afrontamiento positivo al RS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS y el afrontamiento defensivo al RS. Por último, el apoyo social para la CSS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS. Por lo que se infiere que los adolescentes posterior a la intervención desarrollaron sus capacidades resilientes para protegerse del riesgo sexual para VIH/SIDA. Lo que indica que hubo un efecto de significativo en el grupo experimental (ver tabla 73).

Tabla 73

Coefficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado resiliencia sexual

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Resiliencia sexual	1													
2. Incertidumbre sexual	-.11	1												
3. Apoyo familiar para la CSS	.20**	-.12	1											
4. Apoyo social para la CSS	.07	.02	.23**	1										
5. Invulnerabilidad al VIH	.01	.08	.07	.03	1									
6. Afrontamiento defensivo al RS	.02	.06	.07	.07	.01	1								
7. Afrontamiento positivo al RS	.09	-.00	.19*	.21**	.04	.79**	1							
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.26**	.00	.19*	.06	-.09	-.04	.03	1						
9. Autoestima	-.09	.12	-.09	.05	.04	.24**	.20**	-.02	1					
10. Autoeficacia para la CSS	.26**	-.05	.14*	-.10	-.10	-.02	-.15*	.03	-.12	1				
11. Edad	-.24**	-.00	-.10	-.00	-.16*	-.12	-.23**	-.17*	.06	.16*	1			
12. Sexo	.12	.07	.01	.01	-.11	.00	-.05	.07	-.07	.04	-.10	1		
13. Experiencia sexual	-.19*	-.05	-.07	.05	.09	-.02	-.14*	-.10	.00	.07	.12	-.11	1	
14. Grupo	-.18*	-.16*	-.11	-.10	.06	-.10	-.15*	-.13	.01	-.18*	.07	.08	.02	1

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la resiliencia sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial que se presentan en la tabla 74 señalan que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual tienen un efecto moderado sobre resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual explicaron el 27.1% de la varianza en la resiliencia sexual ($F_{[13,130]} = 3.353$, $p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual influyen significativamente en la resiliencia sexual.

Tabla 74

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	101.42	44.25	-	.02
Incertidumbre sexual	-.42	.29	-.12	.14
Apoyo familiar para la CSS	.05	.12	.03	.68
Apoyo social para la CSS	.03	.03	.07	.37
Invulnerabilidad al VIH	.27	.38	.06	.46

(Continúa)

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Afrontamiento defensivo al RS	-.07	.16	-.06	.66
Afrontamiento positivo al RS	.04	.08	.07	.59
Conocimiento sobre VIH/SIDA	.30	.15	.16	.04
Autoestima	-.09	.26	-.02	.73
Autoeficacia para la CSS	.24	.07	.29	.00
Edad	-6.48	2.78	-.20	.02
Género	-2.66	2.79	.07	.34
Experiencia sexual	-8.06	3.94	-.17	.04
Grupo	-3.24	2.78	-.10	.24

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual.

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple que a continuación se presenta con el método "Backward".

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple final se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo familiar para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el genero, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la resiliencia sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple final que se presentan en la tabla 75 señalan que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual. En el modelo final, los resultados obtenidos muestran que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual explicaron el 22.9% de la varianza en la resiliencia sexual

($F_{[4,130]} = 9.33, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual influyen significativamente en la resiliencia sexual.

Tabla 75

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual "Método Backward"

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	122.95	40.83	-	.00
Conocimiento sobre VIH/SIDA	.34	.14	.19	.01
Autoeficacia para la CSS	.25	.06	.31	.00
Edad	-7.77	2.60	-.24	.00
Experiencia sexual	-8.15	3.7	-.17	.03

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual.

Conducta sexual.

Se realizaron dos Modelo de Regresión Lineal Múltiple usando el método "Backward" para el modelo final. A continuación se presentan.

Correlación de Pearson.

En el modelo inicial, se encontró que la conducta sexual se relacionó significativamente el apoyo social para la CSS, el afrontamiento positivo al RS, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual ($p < .05$). Lo que manifiesta que posterior a la intervención los adolescentes aumentaron los factores de protección social e individual al riesgo sexual, lo cual influye significativamente para que ocurra la resiliencia sexual. Asimismo, la experiencia sexual se relacionó con el afrontamiento positivo al RS. La edad se relacionó con la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento

positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS. La autoeficacia para la CSS se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS y el afrontamiento positivo al RS. La autoestima se relacionó con el afrontamiento defensivo al RS y el afrontamiento positivo al RS. El conocimiento sobre VIH/SIDA se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS. El afrontamiento positivo al RS se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS y el afrontamiento defensivo al RS. El apoyo social para la CSS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS. Por ultimo, el grupo se relacionó significativamente con la incertidumbre sexual, el afrontamiento positivo al RS y la autoeficacia para la CSS (ver tabla 76).

Tabla 76

Coefficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado conducta sexual

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Conducta sexual	1													
2. Incertidumbre sexual	-.06	1												
3. Apoyo familiar para la CSS	.04	-.12	1											
4. Apoyo social para la CSS	-.18*	.02		1										
5. Invulnerabilidad al VIH	.11	.08	.07	.03	1									
6. Afrontamiento defensivo al RS	-.04	.06	.07	.07	.01	1								
7. Afrontamiento positivo al RS	-.17*	-.00	.19*	.21**	.04		1							
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.00	.00	.19*	.06	-.09	-.04	.03	1						
9. Autoestima	.02	.12	-.09	.05	.04		.20**	-.02	1					
10. Autoeficacia para la CSS	.19*	-.05	.14*	-.10	-.10	-.02	-.15*	.03	-.12	1				
11. Edad	.16*	-.00	-.10	-.00	-.16*	-.12	-.23**	-.17*	.06	.16*	1			
12. Sexo	-.04	.07	.01	.01	-.11	.00	-.05	.07	-.07	.04	-.10	1		
13. Experiencia sexual	.15*	-.05	-.07	.05	.09	-.02	-.14*	-.10	.00	.07	.12	-.11	1	
14. Grupo	.03	-.16*	-.11	-.10	.06	-.10	-.15*	-.13	.01	-.18*	.07	.08	.02	1

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial se incluyeron la incertidumbre sexual, el familiar para la CSS, el apoyo familiar para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la conducta sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial que se presentan en la tabla 77 señalan que ninguno resulto significativo a ($p < .05$) sobre la conducta sexual de riesgo. En el modelo, los resultados obtenidos muestran un 15 .9% de varianza ($F_{[13,130]} = 1.697, p < .07$).

Tabla 77

Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo, factores de protección en la diferencia del total de conducta sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coeficientes no Estandarizados</i>		<i>Coeficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-15.08	10.22	-	.14
Incertidumbre sexual	-.04	.06	-.06	.48
Apoyo familiar para la CSS	.03	.02	.10	.28
Apoyo social para la CSS	-.01	.00	-.17	.06
Invulnerabilidad al VIH	.15	.08	.15	.08
Afrontamiento defensivo al RS	.04	.03	.18	.23
Afrontamiento positivo al RS	-.03	.02	-.26	.10
Conocimiento sobre VIH/SIDA	.02	.03	.05	.52
Autoestima	.03	.06	.05	.54
Autoeficacia para la CSS	.02	.01	.11	.21
Edad	.93	.64	.13	.14
Género	-.11	.64	-.01	.86
Experiencia sexual	.97	.91	.09	.28
Grupo	.02	.64	.00	.97

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con el método "Backward" a continuación se presenta.

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple final se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el sexo, la experiencia sexual y el grupo como variables independientes y como dependiente la conducta sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple final que se presentan en la tabla 78 señalan que el apoyo social tienen un efecto bajo sobre la conducta sexual. En el modelo final, los resultados obtenidos muestran que el apoyo social al RS explicó el 11.2% de varianza de la conducta sexual ($F_{[4,130]} = 3.982, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el de apoyo social al RS influye significativamente en la conducta sexual.

Tabla 78

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la conducta sexual "Método Backward"

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	-18.09	9.35	-	.05
Apoyo social para la CSS	-.01	.00	-.17	.03
Invulnerabilidad : VIH	.16	.08	.16	.05
Autoeficacia para la CSS	.02	.01	.16	.05
Edad	1.130	.59	.16	.05

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual

Se realizó un Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado, se construyeron nueve modelos, de los cuales se presentan el primero y el último.

Test Multivariado.

En el primer modelo se muestra un efecto significativo de la edad ($p < .05$) y de la autoeficacia para la CSS ($p < .001$). Por lo que se puede inferir que a edad y la autoeficacia para la CSS son importantes moderadores de la intervención (Ver tabla 79).

Tabla 79

Test Multivariado de los factores de riesgo y los factores de protección

Variable	λ	F	p
Intercepto	0.942	3.553	.03
Grupo	0.989	0.673	.51
Género	0.992	0.461	.63
Experiencia sexual	0.957	2.589	.07
Edad	0.941	3.657	.02
Incertidumbre sexual	0.978	1.311	.27
Apoyo familiar para la CSS	0.989	0.665	.51
Apoyo social para la CSS	0.965	2.128	.12
Invulnerabilidad al VIH	0.970	1.822	.16
Afrontamiento defensivo al RS	0.987	0.792	.45
Afrontamiento positivo al RS	0.976	1.442	.24
Conocimiento sobre VIH/SIDA	0.963	2.220	.11
Autoestima	0.996	0.235	.79
Autoeficacia para la CSS	0.896	6.699	.00

Nota: λ = Estadístico de Wilks' Lambda; F = Estadístico F ; p = Valor de significancia

Regresión Lineal Múltiple Multivariado.

En el primer modelo de Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género y la experiencia sexual como variables independientes y como variables dependientes la resiliencia sexual y la conducta. Los coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado inicial que se presentan en la tabla 80 señalan que la edad, la experiencia sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad, la experiencia sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS explicaron el 27.1% de la varianza de la variable diferencia del total de resiliencia sexual ($F_{[13,130]} = 3.353$, $p < .001$). Asimismo, en la variable diferencia total de conducta sexual no se observa datos significativos ($F_{[13,130]} = 1,697$, $p < .07$). Con base a este análisis, se concluye que la edad, la experiencia sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS influyen significativamente resiliencia sexual.

Tabla 80

Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de los factores de protección y los factores de riesgo en la resiliencia sexual y conducta sexual

Variable Dependiente	Parámetro	B	Error Estándar	t	p	CI 95%	
						LI	LS
Resiliencia Sexual	Incercepto	95.44	43.95	2.17	.03	8.39	182.49
	Grupo	3.24	2.78	1.16	.24	-2.26	8.74
	Género	-2.66	2.79	-0.95	.34	-8.20	2.87

(Continúa)

Variable Dependiente	Parámetro	B	Error Estándar	t	p	CI 95%	
						LI	LS
Conducta sexual	Experiencia sexual	8.06	3.94	2.04	.04	0.26	15.87
	Edad	-6.48	2.78	-2.32	.02	-11.99	-0.96
	Incertidumbre sexual	-0.42	0.29	-1.45	.14	-1.00	0.15
	Apoyo familiar para la CSS	0.05	0.12	0.41	.68	-0.19	0.29
	Apoyo social para la CSS	0.03	0.03	0.89	.37	-0.04	0.11
	Invulnerabilidad al VIH	0.27	0.38	0.72	.46	-0.47	1.02
	Afrontamiento defensivo al RS	-0.07	0.16	-0.43	.66	-0.40	0.26
	Afrontamiento positivo al RS	0.04	0.08	0.53	.59	-0.12	0.22
	Conocimiento sobre VIH/SIDA	0.30	0.15	1.99	.04	0.00	0.60
	Autoestima	-0.09	0.26	-0.33	.73	-0.62	0.44
	Autoeficacia para la CSS	0.24	0.07	3.42	.00	0.10	0.38
	Incercepto	-14.28	10.15	-1.40	.16	-34.39	5.82
	Grupo	-0.02	0.64	-0.03	.97	-1.29	1.25
	Género	0.11	0.64	0.17	.86	-1.17	1.38
	Experiencia sexual	-0.97	0.91	-1.06	.28	-2.77	0.83
	Edad	0.93	0.64	1.45	.14	-0.33	2.21
	Incertidumbre sexual	-0.04	0.06	-0.69	.48	-0.18	0.08
	Apoyo familiar para la CSS	0.03	0.02	1.07	.28	-0.02	0.08
	Apoyo social para la CSS	-0.01	0.00	-1.89	.06	-0.03	0.00
	Invulnerabilidad al VIH	0.15	0.08	1.75	.08	-0.02	0.32
	Afrontamiento defensivo al RS	0.04	0.03	1.19	.23	-0.03	0.12
	Afrontamiento positivo al RS	-0.03	0.02	-1.63	.10	-0.07	0.00

(Continúa)

Variable Dependiente	Parámetro	B	Error Estándar	t	p	CI 95%	
						LI	LS
Conocimiento sobre VIH/SIDA		0.02	0.03	0.64	.52	-0.04	0.09
Autoestima		0.03	0.06	0.61	.54	-0.08	0.16
Autoeficacia para la CSS		0.02	0.01	1.25	.21	-0.01	0.05

Nota: Variables dependientes = Resiliencia sexual y Conducta sexual

Test Multivariado.

En el último modelo se muestra un efecto significativo de la experiencia sexual ($p < .05$) edad y la autoeficacia para la CSS ($p < .001$). Por lo que se puede inferir que la experiencia sexual, la edad y la autoeficacia para la CSS son importantes moderadores de la intervención (ver tabla 81).

Tabla 81

Test Multivariado de intercepto, experiencia sexual, edad y la autoeficacia para la conducta sexual segura

Variable	λ	F	p
Intercep	0.904	6.982	.00
Experiencia sexual	0.943	4.014	.02
Edad	0.897	7.538	.00
Autoeficacia para la CSS	0.870	9.835	.00

Nota: λ = Estadístico de Wilks' Lambda; F = Estadístico F; p = Valor de significancia

Regresión Lineal Múltiple Multivariado.

En el último modelo del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado se incluyeron la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual como variables independientes y como variables dependientes la resiliencia sexual y la conducta sexual. Los coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado final que se presentan en la tabla 82 señalan que la edad, la experiencia sexual y la autoeficacia para

la CSS tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la edad, la experiencia sexual y la autoeficacia para la CSS explicaron el 18.4% de la varianza de la variable resiliencia sexual ($F_{[3,136]} = 10.015, p < .001$). Asimismo, en la variable conducta sexual no se observa coeficientes con datos significativos ($F_{[3,136]} = 4.252, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que la edad, la experiencia sexual y la autoeficacia para la CSS influyen significativamente resiliencia sexual.

Tabla 82

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariado de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual y la conducta sexual

Variable Dependiente	Parámetro	B	Error Estándar	t	p	CI 95%	
						LI	LS
Resiliencia Sexual	Incercepto	123.15	39.45	3.12	.00	45.12	201.19
	Experiencia sexual	8.22	3.65	2.25	.02	0.99	15.46
	Edad	-8.39	2.47	-3.39	.00	-13.28	-3.49
	Autoeficacia para la CSS	0.26	0.06	4.06	.00	0.13	0.39
Conducta sexual	Incercepto	-18.38	10.50	-1.75	.08	-39.15	2.38
	Experiencia sexual	-1.67	0.97	-1.72	.08	-3.60	0.24
	Edad	1.24	0.65	1.89	.06	-0.05	2.55
	Autoeficacia para la CSS	0.03	0.01	1.84	.06	-0.00	0.06

Nota: Variables dependientes = Resiliencia sexual y Conducta sexual

Por lo expuesto se puede concluir que los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual. Los factores de riesgo sexual no presentaron datos significativos. Por lo que se acepta parcialmente la hipótesis siete planteada en la investigación.

Adicionalmente, se realizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple de las variables resiliencia sexual y conducta sexual sin la variable independiente grupo, para observar el comportamiento de las variables. Encontrándose efectos muy parecidos en los Modelos de Regresión Lineal Múltiple que se presentaron anteriormente. A continuación se mencionan.

Resiliencia sexual.

Se realizaron dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple usando el método “Backward” para el modelo final. A continuación se presentan.

Correlación de Pearson.

En el modelo, se encontró que la resiliencia sexual se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad ($p < .001$) y la experiencia sexual ($p < .05$). Lo que manifiesta que los factores de protección familiar e individual son recursos importantes para desarrollar la resiliencia sexual. Asimismo, la experiencia sexual se relacionó con el afrontamiento positivo al RS. La edad se relacionó con la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS. La autoeficacia para la CSS se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS y el afrontamiento positivo al RS. La autoestima se relacionó con el afrontamiento defensivo al RS y el afrontamiento positivo al RS. El conocimiento sobre VIH/SIDA se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS. El afrontamiento positivo al RS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS y el afrontamiento defensivo al RS. Por último, el apoyo social para la CSS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS. Por lo que se infiere que los adolescentes cuentan con los recursos personales que le permiten evitar la conducta de riesgo sexual, planeando un futuro alejado de los riesgos (ver tabla 83).

Tabla 83

Coefficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado resiliencia sexual “Método Enter”

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Resiliencia sexual	1												
2. Incertidumbre sexual	-.11	1											
3. Apoyo familiar para la CSS	.20**	-.12	1										
4. Apoyo social para la CSS	.07	.02	.23**	1									
5. Invulnerabilidad al VIH	.01	.08	.07	.03	1								
6. Afrontamiento defensivo al RS	.02	.06	.07	.07	.01	1							
7. Afrontamiento positivo al RS	.09	-.00	.19*	.21**	.04	.79**	1						
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.26**	.00	.19*	.06	-.09	-.04	.03	1					
9. Autoestima	-.09	.12	-.09	.05	.04	.24**	.20**	-.02	1				
10. Autoeficacia para la CSS	.26**	-.05	.14*	-.10	-.10	-.02	-.15*	.03	-.12	1			
11. Edad	-.24**	-.00	-.10	-.00	-.16*	-.12	-.23**	-.17*	.06	.16*	1		
12. Sexo	.12	.07	.01	.01	-.11	.00	-.05	.07	-.07	.04	-.10	1	
13. Experiencia sexual	-.19*	-.05	-.07	.05	.09	-.02	-.14*	-.10	.00	.07	.12	-.11	1

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la resiliencia sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial que se presentan en la tabla 84 señalan que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual explicaron el 26.3% de la varianza en la resiliencia sexual ($F_{[12,130]} = 3.509$, $p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual influyen significativamente en la resiliencia sexual.

Tabla 84

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la resiliencia sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
1. Constante	104.81	44.22	-	.01
2. Incertidumbre sexual	-.35	.28	-.10	.22
3. Apoyo familiar para la CSS	.05	.12	.04	.65
4. Apoyo social para la CSS	.03	.03	.08	.33
5. Invulnerabilidad al VIH	.23	.37	.05	.53

(Continúa)

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
6. Afrontamiento defensivo al RS	-.08	.16	-.06	.63
7. Afrontamiento positivo al RS	.05	.08	.10	.50
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.31	.15	.17	.03
9. Autoestima	-.10	.27	-.03	.70
10. Autoeficacia para la CSS	.25	.06	.32	.00
11. Edad	-6.74	2.77	-.21	.01
12. Género	2.22	2.77	.06	.42
13. Experiencia sexual	-8.00	3.94	-.17	.04

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual.

Resiliencia sexual.

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple que a continuación se presenta con el método "Backward".

Regresión Lineal.

En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la resiliencia sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple final que se presentan en la tabla 85 señalan que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual tienen un efecto moderado sobre la resiliencia sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual explicaron el 22.9% de la varianza en la resiliencia sexual ($F_{[4,130]} = 9.331, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que

el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual influyen significativamente en la resiliencia sexual

Tabla 85

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la diferencia del total de resiliencia sexual "Método Backward"

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
1. Constante	122.95	40.83	-	.00
2. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.34	.14	.19	.01
3. Autoeficacia para la CSS	.25	.06	.31	.00
4. Edad	-7.77	2.60	-.24	.00
5. Experiencia sexual	-8.15	3.7	-.17	.03

Nota: Variable dependiente = Resiliencia sexual.

Conducta sexual.

Se realizó dos Modelos de Regresión Lineal Múltiple usando el método "Backward" para el modelo final. A continuación se presentan.

Correlación de Pearson.

En el modelo, se encontró que la conducta sexual se relacionó significativamente el apoyo social para la CSS, el afrontamiento positivo al RS, la autoeficacia para la CSS, la edad y la experiencia sexual ($p < .05$). Lo que manifiesta que los factores de protección social y personal influyen significativamente para el desarrollo de la resiliencia sexual. Asimismo, la experiencia sexual se relacionó con el afrontamiento positivo al RS. La edad se relacionó con invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia para la CSS. La

autoeficacia para la CSS se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS y el afrontamiento positivo al RS. El autoestima se relacionó con el afrontamiento defensivo al RS y el afrontamiento positivo al RS. El conocimiento sobre VIH/SIDA se relacionó significativamente con el apoyo familiar para la CSS. El afrontamiento positivo al RS se relacionó significativamente con el familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS y el afrontamiento defensivo al RS. Por último, el apoyo social para la CSS se relacionó con el apoyo familiar para la CSS (ver tabla 86).

Tabla 86

Coefficientes de los factores de riesgo y factores de protección en el factor resultado conducta sexual

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Conducta sexual	1												
2. Incertidumbre sexual	-.06	1											
3. Apoyo familiar para la CSS	.04	-.12	1										
4. Apoyo social para la CSS	-.18*	.02	.23**	1									
5. Invulnerabilidad al VIH	.11	.08	.07	.03	1								
6. Afrontamiento defensivo al RS	-.04	.06	.07	.07	.01	1							
7. Afrontamiento positivo al RS	-.17*	-.00	.19*	.21**	.04	.79**	1						
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.00	.00	.19*	.06	-.09	-.04	.03	1					
9. Autoestima	.02	.12	-.09	.05	.04	.24**	.20**	-.02	1				
10. Autoeficacia para la CSS	.19*	-.05	.14*	-.10	-.10	-.02	-.15*	.03	-.12	1			
11. Edad	.16*	-.00	-.10	-.00	-.16*	-.12	-.23**	-.17*	.06	.16*	1		
12. Sexo	-.04	.07	.01	.01	-.11	.00	-.05	.07	-.07	.04	-.10	1	
13. Experiencia sexual	.15*	-.05	-.07	.05	.09	-.02	-.14*	-.10	.00	.07	.12	-.11	1

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual

Regresión Lineal.

En el primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la conducta sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple inicial que se presentan en la tabla 87 señalan que ninguno resulto significativo a ($p < .05$) sobre la conducta sexual. En el modelo, los resultados muestran un 15.9% de varianza ($F_{[12,130]} = 1.853, p < .04$).

Tabla 87

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la conducta sexual

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
1. Constante	-15.08	10.15	-	.14
2. Incertidumbre sexual	-.04	.06	-.06	.47
3. Apoyo familiar para la CSS	.03	.02	.10	.28
4. Apoyo social para la CSS	-.01	.00	-.17	.05
5. Invulnerabilidad al VIH	.15	.08	.15	.07
6. Afrontamiento defensivo al RS	.04	.03	.18	.23
7. Afrontamiento positivo al RS	-.03	.02	-.26	.10
8. Conocimiento sobre VIH/SIDA	.02	.03	.05	.51
9. Autoestima	.03	.06	.05	.54
10. Autoeficacia para la CSS	.02	.01	.11	.20
11. Edad	.93	.63	.13	.14

(Continúa)

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
12. Género	-.10	.63	-.01	.86
13. Experiencia sexual	.97	.90	.09	.28

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual.

Conducta sexual.

Se realizó el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple, que a continuación se presenta con el método "Backward".

Regresión Lineal.

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron incertidumbre sexual, el apoyo familiar para la CSS, el apoyo social para la CSS, la invulnerabilidad al VIH, el afrontamiento defensivo al RS, el afrontamiento positivo al RS, el conocimiento sobre VIH/SIDA, el autoestima, la autoeficacia para la CSS, la edad, el género y la experiencia sexual como variables independientes y como dependiente la conducta sexual. Los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple final que se presentan en la tabla 88 señalan que el apoyo social, la invulnerabilidad al VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS y la edad tienen un efecto moderado sobre la conducta sexual. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que el apoyo social, la invulnerabilidad al VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS y la edad tienen un efecto bajo sobre conducta de riesgo sexual explicaron el 11.2% de la varianza en conducta de riesgo sexual ($F_{[4,130]} = 3.982, p < .001$). Con base a este análisis, se concluye que el apoyo social, la invulnerabilidad al VIH/SIDA, la autoeficacia para la CSS y la edad influyen significativamente en la conducta sexual.

Tabla 88

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los factores de riesgo y factores de protección en la conducta sexual “Método Backward”

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
1. Constante	-18.09	9.35	-	.05
4. Apoyo social para la CSS	-.01	.00	.17	.03
5. Invulnerabilidad al VIH	.16	.08	.16	.05
10. Autoeficacia para la CSS	.02	.01	.16	.05
11. Edad	1.13	.59	.16	.05

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual

Capítulo IV

Discusión

El estudio tuvo como propósito diseñar, implementar y evaluar la efectividad de una intervención basada en un modelo de resiliencia a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en adolescentes. A continuación se discuten los resultados obtenidos de acuerdo al propósito del estudio y a las hipótesis planteadas; la metodología utilizada, los instrumentos empleados. Posteriormente se presentan las limitaciones registradas durante la realización del estudio. Al final, se exponen las conclusiones y recomendaciones.

En función de los hallazgos encontrados en la comprobación de la hipótesis uno, se puede decir que los adolescentes que participaron en la intervención presentaron menores niveles de incertidumbre sexual. Lo que sugiere que el adolescente que recibe información sobre el proceso normal de la etapa de la adolescencia se siente con menos preocupaciones por los acontecimientos físicos, psicológicos y sociales que lo aquejan. De esta manera, el adolescente comprende y analiza la adolescencia como un proceso de cambios continuos donde le ocurre una transformación como persona, en la cual, los aspectos relacionados con la sexualidad y las creencias que de ella posee, son altamente significativos.

Los resultados concuerdan con los estudios realizados por Guerrero y Chávez (2005) y Weber y Emmett (2009) quienes reportaron que los adolescentes con bajos niveles de deseo de tener un romance presentaron niveles de incertidumbre bajos. Lo que indica que un cambio físico y psicológico del adolescente que puede ser considerado como uno de los más importantes en la etapa de la adolescencia es el de establecer una relación de pareja. Por su parte, Peter y Valkenburg (2010) reportaron que los adolescentes con altos niveles de incertidumbre tienden a practicar conductas

sexuales de riesgo como es el de utilizar con mayor frecuencia el uso de material sexual en línea.

En la hipótesis dos se mostró que los adolescentes no disminuyeron los niveles de invulnerabilidad al VIH, pero si presentaron menor uso de las estrategias de afrontamiento defensivo que los que no participaron, posterior a la intervención. Lo primero contrario a lo planteado los adolescentes del grupo intervención no disminuyeron los niveles de invulnerabilidad al VIH. No hubo diferencias significativas entre los grupos experimental y control. Sin embargo, este resultado podría explicarse, es posible que se asocie con el factor tiempo ya que los resultados obtenidos presentan una significancia a $p < .10$. Por lo que, se considera que podría haber un efecto favorable de este estudio en el transcurso del tiempo para el grupo experimental, ya que se obtuvo en la variable grupo una $p < .057$ en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado, se puede observar en la tabla Tabla 41.

Lo anterior indica que de acuerdo a la evolución de los efectos de la intervención con el tiempo se podría obtener datos significativos a $p < .05$. La literatura indica que un efecto de la intervención se valora con el tiempo, los seguimientos muestran el crecimiento gradual (Sidane & Braden, 1998). Contrario a lo encontrado en esta investigación Aymerich, Planes, Gras y Vila (2008), Wulfert yWan (1993), Uribe, Vergara y Berona (2009) mencionan que los adolescentes tienen niveles bajos de percepción de riesgo al VIH, que los condicionan a conductas sexuales de riesgo. Por su parte Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto y Ballester (2007) encontraron al evaluar los factores de riesgo para contraer VIH/SIDA, que los adolescentes no se perciben en riesgo de infectarse con el VIH, siendo un factor importante para la infección en esta población.

En cuanto al afrontamiento defensivo se encontró que los adolescentes del grupo experimental disminuyeron este factor de riesgo. Se puede deducir que los adolescentes que utilizan menos los estilos de afrontamiento defensivo tienen mayor capacidad para

identificar y reflexionar sobre el riesgo sexual, lo que les permite tomar decisiones adecuadas para practicar conductas de sexo seguro, siendo parte importante del proceso de resiliencia identificar el riesgo. Asimismo, los adolescentes que no utilizan las técnicas de afrontamiento defensivo enfrentan con mayor seguridad y eficacia los problemas sexuales, mostrando mayor bienestar psicológico. Lo que concuerda con González, Montoya, Casullo y Verdú (2002) refieren que el afrontamiento y el bienestar psicológico están relacionados, los adolescentes utilizan distintas estrategias según el nivel de bienestar, quienes presentan alto bienestar se relacionan con estilos dirigidos a la solución de problemas. Asimismo, refieren que las preocupaciones de los adolescentes se centran en los problemas afectivos, personales y familiares. Por otra parte, los adolescentes que emplean el afrontamiento defensivo presentan mayor conducta de riesgo, al no tener la capacidad para manejar el estrés que le produce los riesgos sexuales. En este sentido, Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) mencionan que las estrategias defensivas son utilizadas por los adolescentes que tratan de evitar el problema o rechazan conscientemente la existencia de este para no enfrentarlo. Lo que hace suponer que no poseen los recursos resilientes para enfrentar los problemas.

En este sentido, Bates, Barnett, Brennan e Israel (2010) reportaron que una de las formas de afrontamiento defensivo es la restricción de las emociones. Los adolescentes no están dispuestos a discutir sus emociones, por lo que evaden enfrentar las situaciones que le causan tensión. El aumento de la restricción de las emociones se relaciona con la disminución de la capacidad de resiliencia. Por su parte, Rosario, Salzinger, Feldman y Ng Mak (2008) refieren que las estrategias defensivas se relacionan significativamente con las situaciones de estrés durante la adolescencia.

En la hipótesis tres los resultados muestran que no hubo un efecto en los grupos, Por lo tanto, no hubo una diferencia entre ellos Sin embargo, estos resultados pueden explicarse debido que al ser la sexualidad un tema delicado, los adolescentes necesitan

ser apoyados por familiares, pareja, amigos y proveedor de salud para practicar el sexo seguro. De acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación en relación al apoyo familiar para la conducta sexual segura Valle, Tøgersen, Roysamb, Klepp y Thelle (2005) mencionan que a mayor monitoreo de los padres se presenta menor riesgo de inicio temprano de relaciones sexuales. Tusaie, Puscar y Sereika (2007) refieren que la percepción de apoyo de la familia es un predictor directo de la resiliencia en el adolescente. Nappi et al. (2009) mencionan que la familia es un soporte significativo para conductas de riesgo sexual.

En relación al apoyo social para la conducta sexual segura Pérez y Pick (2006) reportan que los adolescentes con parejas estables que poseen habilidad de comunicación asertiva tienden a practicar conducta sexual protegida. Patsdaughter, Kelley, Babington y Diyer (2005) refieren que los adolescentes adquieren los conocimientos acerca de la sexualidad y el VIH de sus padres, una persona adulta, en la escuela o una persona portadora de VIH, que le ayudan a practicar conductas sexuales seguras.

En la hipótesis cuatro se demostró que los adolescentes que participaron en la intervención tienen mayor afrontamiento positivo al riesgo sexual y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención y contrario a lo esperado no aumentaron los niveles de conocimiento sobre VIH/SIDA y de autoestima. En relación al afrontamiento positivo se evidencio que el uso de los estilos de afrontamiento positivo permiten que el adolescente tolere el estrés producido por los riesgos sexuales y al momento que identifique un riesgo tenga la capacidad de evitarlo o contrarestarlo, lo cual lo ayuda a evitar las conductas de riesgo sexual.

Estos resultados concuerdan con Dumont y Provost (1998) quienes refieren que las estrategias de afrontamiento positivo se relacionan con resolver el problema. Bermúdez, Teva y Buena-Casal (2009) muestran en su estudio que los adolescentes utilizan diferentes estilos de afrontamiento positivo para manejar el estrés y solucionar

los problemas. Por otra parte, se puede decir que los adolescentes que no utilizan las estrategias de afrontamiento positivo tienen mayor probabilidad de no poder manejar una situación de riesgo sexual en forma acertada. En este sentido Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) refieren que los adolescentes que utilizan menos estrategias de afrontamiento presentan mayor comportamiento de riesgo.

En relación a la autoeficacia para conducta sexual segura se puede decir que los adolescentes con alto nivel de autoeficacia presentan mayor control de las situaciones que lo ponen en riesgo sexual, mejor capacidad para resolverlas y evitar que vuelvan a ocurrir. Además, presentan mayor capacidad percibida para adquirir y usar correctamente el condón, practicar la monogamia y decir no a las relaciones sexuales de riesgo, esto hace que el adolescente considere que puede lograr lo que se propone, por lo que se siente motivado a practicar conductas sexuales seguras.

Estos resultados coinciden con Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara (2009); Uribe, Orcasita, Vergara (2010) quienes mencionan que la autoeficacia es un factor protector para evitar la infección por VIH. En este sentido Uribe, Vergara y Berona (2009); Outlaw, Naar-King, Janisse y Parson (2010); Uribe, Vergara y Berona (2009) mostraron una relación positiva entre la autoeficacia para sexo seguro y el uso del condón. Esto indica que los adolescentes con mayor autoeficacia para sexo seguro presentan mayor disponibilidad para usar el condón en relaciones sexuales posteriores. Atwood, et al. (2010) encontraron que la autoeficacia es un factor protector que se relaciona con la autoeficacia para el rechazo sexual, la actitud para postergar las relaciones sexuales y las consecuencias de la infección del VIH.

En relación al conocimiento sobre VIH/SIDA, se encontraron resultados contrarios a lo esperado los adolescentes del grupo intervención no aumentaron el nivel de conocimiento, por lo que no hubo una diferencia entre los adolescentes del grupo control y los del experimental. Lo que sugiere que los adolescentes deben poseer los conocimientos sobre las medidas de prevención del VIH/SIDA para fortalecer las

conductas sexuales seguras. Sin embargo, esto podría explicarse con el factor tiempo ya que se encontraron datos significativos en el grupo a $p < .10$ en los Modelos de Regresión Lineal Múltiple realizado, por lo que se considera que podría haber un efecto favorable de este estudio con el transcurso del tiempo. En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado, se muestra que la variable grupo presenta ($p < .055$) en el conocimiento sobre VIH postintervención, como se puede observar en la tabla 50. Por lo que se considera que a futuro se pueden obtener datos significativos a ($p < .05$)

Además, lo esperado de acuerdo a diversos estudios es que el sexo femenino y los adolescentes de mayor edad presenten mayor nivel de conocimiento como lo reportan Faíde, Lameiras & Bimbela, 2008; Bachanas, et al. 2002, en sus resultados, donde encontraron que el sexo femenino y los adolescentes de 16 a 19 presentan mayor nivel de conocimiento, por lo que se considera que la muestra cumple con las característica, al predominar el sexo femenino (64.6%), con edades de 14 a 17 años ($\bar{X} = 15.70$). Bryan, Kagee y Broaddus (2006); Dávila, Tagliaferro, Bullones y Dasa (2008); Bazargan, Stein, Bazargan-Hejazl, Hidman (2010) mencionan que los adolescentes con mayor nivel de conocimiento tienden a practicar conductas sexuales seguras. Contrario a lo reportado en este estudio Givaudan, Van de Vijver y Poortinga (2005) reportaron que el conocimiento no es un precursor del comportamiento para sexo seguro

En cuanto a la variable autoestima los resultados fueron contrarios a los esperados los adolescentes del grupo intervención no mostraron aumento del nivel de autoestima, no se observó diferencia entre los grupos control y experimental. Sin embargo, este resultado podría explicarse ya que de acuerdo a diversos estudios el autoestima es una variables a la cual es difícil observar cambios significativos a corto tiempo. Lo anterior concuerda con lo reportado por Anthony, Alter y Jenson (2009) quienes aplicaron un programa para aumentar el autoestima, los resultados mostraron que los niveles de autoestima se mantuvieron sin diferencias significativas en la

preintervención y la postintervención. Asimismo, Oxley (2001) evaluó la construcción del autoestima en adolescentes de 14 a 18 años posterior a la aplicación de un programa, encontrando que el autoestima se mantuvo sin cambio en las mediciones realizadas antes y posterior a la aplicación del programa.

En la hipótesis cinco se demostró parcialmente que los adolescentes que participaron en la intervención tienen mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron posterior a la intervención. En la hipótesis se utilizaron dos variables la resiliencia sexual y la conducta sexual. En relación a la resiliencia sexual se demostró que los adolescentes del grupo experimental aumentaron su nivel de resiliencia. Lo que indica que desarrollaron y utilizaron los recursos de protección que poseen para contrarrestar los factores de riesgo sexual, que favorece la práctica de conducta sexual segura.

El adolescente resiliente adquiere la habilidad para identificar y evitar el riesgo, esta parte es de suma importancia ya que el adolescente debe tener la capacidad cognitiva para realizar este proceso y de esta manera lograr una adaptación positiva alejándose del riesgo sexual. Estos resultados concuerdan con Obradović, Burt y Masten (2006), quienes reportaron que para que se desarrolle la resiliencia los adolescentes deben poseer un patrón de adaptación alto, lo que le permite un mayor nivel de competencia. Ferguson y Lynkey (1996) refieren que los factores de protección que posee el adolescente le permite desarrollar la resiliencia.

En relación a la variable conducta sexual los adolescentes del grupo experimental no presentan diferencias en relación a los adolescentes del grupo control. Contrario a lo esperado. De acuerdo a la literatura esto podría verse relacionado a que el adolescente se encuentra en una etapa de transición con cambios físicos, psicológicos y sociales, donde la curiosidad a lo desconocido y el deseo de experimentar sensaciones nuevas lo colocan en una situación de riesgo, las cuales debe saber identificar para evitarlas (Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Suedan, 2005). Sin embargo, los adolescentes que poseen

mayor recursos protectores disminuyen sus probabilidades de practicar sexo de riesgo. De acuerdo a lo encontrado en el estudio Brook, Morojele, Zhang y Brook (2006) refieren que las conductas de riesgo no se ven influidas por la impulsividad del adolescente, al estar relacionadas con la edad y la protección familiar.

En la hipótesis seis se demostró que el efecto de la intervención está moderado por la edad del adolescente y contrario a lo esperado el género y la experiencia sexual no presentaron efecto de grupo. Lo anterior demuestra que la edad es una variable que influye en el efecto que tiene una variable independiente sobre una variable dependiente. Por lo cual, la edad es una característica de los participantes que puede afectar el tratamiento y la eficacia de la intervención, al ser identificadas y consideradas como variable moderadora se garantizó que los resultados fueran los correctos y no influyeran en estos. Lo anterior indica que la intervención fue efectiva en los adolescentes de todas las edades. Lo que coincide con lo reportado por Brook, Morojele, Zhang y Brook (2006) quienes refieren que las conductas sexuales son moderadas por la edad. Por su parte Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis & Zhou, (2008) reportan que la edad, el género y la experiencia sexual fueron utilizadas como variables moderadoras, la intervención implementada fue efectiva en todas las edades y géneros.

En la hipótesis siete se demostró que los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual del adolescente. En los resultados se encontró que el apoyo social para conducta sexual segura, conocimiento para VIH y la Autoeficacia para conducta sexual segura son mediadores de la resiliencia sexual. Lo que indica que los factores protectores son elementos que el adolescente desarrolla posterior a la intervención, que le permiten contar con los recursos para practicar conductas sexuales seguras y a su vez contrarrestar los riesgos sexuales. Lo que coincide con Lesser, Koniak-Griffin, Huang, Takayanagi y Cumberland (2009) quienes mencionan que posterior a la intervención se

observaron cambios favorables en los factores protectores de la resiliencia los cuales contribuyen en la práctica de conducta sexual segura.

Contrario a lo esperado los factores de riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente no muestran diferencias significativas. Sin embargo, esto podría explicarse ya que se encontraron datos significativos a $p < .10$ en los Modelos de Regresión Lineal Múltiple y los Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariados en la variable dependiente conducta de riesgo sexual. Lo anterior es posible que se asocie con el factor tiempo, por lo que, se considera que podría haber un efecto favorable de este estudio con el transcurso del tiempo. En el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado en la variable dependiente conducta sexual se muestra el efecto del invulnerabilidad al VIH $p < .05$ en la conducta sexual, lo cual se puede observar en la tabla 80.

En el Análisis de Regresión Lineal Múltiple Multivariados realizado en la conducta de riesgo sexual, se muestra el efecto del coeficiente de invulnerabilidad al VIH $p < .08$ en la conducta de riesgo sexual, se puede observar en la tabla 80. Lo anterior indica que de acuerdo a la evolución de los efectos de la intervención con el tiempo se podría obtener datos significativos a $p < .05$ en la variable antes mencionada. Los resultados de la presente investigación son semejantes a lo reportado por Kalichman et al. (2002), quienes mencionan que los adolescentes presentaron mayor nivel de invulnerabilidad al VIH, siendo la percepción de vulnerabilidad factor de riesgo para la conducta sexual de riesgo.

Para cumplir con el propósito de esta investigación, se realizó el diseño de la Intervención por Internet “Conéctate: Un programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”, con el fin de proporcionar conocimientos y habilidades a los adolescentes que le permitieran a desarrollar las competencias necesarias para fortalecer las conductas sexuales seguras y evitar la infección del VIH. La implementación del currículum de

“Conéctate” fue realizada en adolescentes de 14 a 17 años de una preparatoria de Monterrey, que participaron voluntariamente en el estudio

La Teoría de Rango Medio “Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente” propuesta para guiar el estudio permitió comprobar que los factores protectores influyen en la disminución de los factores de riesgo sexual, lo que permitió que los adolescentes desarrollaran la resiliencia sexual (Haase, 2004).

La metodología utilizada para la entrega del currículo de la intervención fue la adecuada, se realizó 1) protocolización y estandarización de la intervención a través de los manuales de entrenamiento del facilitador, manual del facilitador y el manual de implementación; 2) entrenamiento de los facilitadores master; 3) entrenamiento de los facilitadores para garantizar la fidelidad de la intervención y el apego al currículum; 4) evaluación de la fidelidad de la intervención antes, durante y posterior a la entrega de la intervención (Sidani & Braden 1998).

La metodología utilizada para la implementación de la intervención resulto adecuada para el proceso enseñanza aprendizaje, se emplearon 2 sesiones presenciales y 6 por Internet, lo que garantizó que los adolescentes tuvieran un aprendizaje significativo, logrando que se utilizara las TIC a través de un plataforma educativa como un medio innovador para la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA (UNAIDS, 2010).

El seguimiento de los participantes que se realizó a través de correos sistematizados y llamadas por teléfono, mostraron un buen efecto en la permanencia de los participantes. La tasa de deserción se mantuvo dentro de lo esperado Webb, Joseph y Yardeley, 2010.

Los instrumentos utilizados presentaron características psicométricas adecuadas en ambas mediciones, lo que permitió que los conceptos fueran medidos en forma correcta (Burns & Grove, 2009). Además, los instrumentos la escala de provisión social para sexo seguro y la escala de resiliencia sexual para sexo seguro, que fueron adaptados

para este estudio mostraron confiabilidad aceptable similares a las reportadas por los autores Cutrona & Russell, 1984; Darbes & Lewis, 2005 y Wagnild & Young, 1993.

Limitaciones

Durante la ejecución del estudio, algunas limitaciones influyeron en el diseño, metodología y análisis.. No se realizó seguimiento de la intervención, por lo cual no se valoró el efecto de la intervención con el tiempo, lo que podría haber proporcionado datos más significativos en las variables estudiadas. También, se considera que una muestra mayor podría haber proporcionado datos más relevantes para determinar el efecto de la intervención y del modelo propuesto. Por ultimo, los datos fueron recolectados en Monterey, la generalización de los mismos debe realizarse en poblaciones de adolescentes con características similares.

Conclusiones

Con base a los hallazgos del estudio es posible concluir: de las siete hipótesis planteadas, la hipótesis uno se aceptó los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de incertidumbre sexual que los que no participaron. La hipótesis tres se rechazó. Al observar que no hubo efecto en los grupos en relación al apoyo familiar y social para conducta sexual segura. Por lo que, no se consideró que mejor el grupo experimental fuera que el grupo control. Las hipótesis dos, cuatro, cinco, seis y siete se aceptaron parcialmente. En relación a la hipótesis dos que se refiere a que los adolescentes que participaron en la intervención tienen menores niveles de invulnerabilidad al VIH y afrontamiento defensivo que los que no participaron, posterior a la intervención. El resultado de la investigación muestra que los adolescentes del grupo experimental no tuvieron menores niveles de invulnerabilidad al VIH pero si disminuyeron el uso de los estilos de afrontamiento defensivo, por lo que la hipótesis se aceptó parcialmente.

En relación a la hipótesis cuatro, los adolescentes que participaron en la intervención tienen mayor conocimiento sobre VIH/SIDA, afrontamiento positivo al riesgo sexual, autoestima y autoeficacia para conducta sexual segura que los que no participaron, posterior a la intervención los resultados muestran que los adolescentes del grupo experimental no aumentaron el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA ni de autoestima. Sin embargo, aumentaron el afrontamiento positivo al riesgo sexual y la autoeficacia para conducta sexual segura, por lo tanto la hipótesis se aceptó parcialmente. En cuanto, a la hipótesis cinco los adolescentes que participaron en la intervención reportan mayor nivel de resiliencia sexual que los que no participaron, posterior a la intervención, los resultados reportaron que la resiliencia sexual aumentó en los adolescentes del grupo experimental, en cambio la variable conducta sexual, la cual forma parte de la resiliencia sexual muestra que no hubo efecto en los grupos, por lo que los adolescentes del grupo experimental, no fueron mejor que los del grupo experimental, por lo cual la hipótesis se aceptó parcialmente.

En este mismo sentido, la hipótesis seis el efecto de la intervención está moderado por el género, la edad y la experiencia sexual del adolescente. Los resultados muestran que la edad tuvo efecto en la intervención, por lo cual la hipótesis se aceptó parcialmente. La hipótesis siete los factores de riesgo sexual y los factores de protección del riesgo sexual del modelo de resiliencia sexual del adolescente son mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual del adolescente. Los resultados muestran que los factores de protección del riesgo sexual fueron mediadores entre la intervención y la resiliencia sexual, por lo cual la hipótesis se aceptó parcialmente.

De acuerdo al propósito y a las hipótesis planteadas para el presente estudio podemos concluir que el diseño de la intervención se realizó por un equipo de profesionales de la salud, los cuales de acuerdo a su área disciplinar contribuyeron a darle guía teórica y metodología a la intervención. Las sesiones que se elaboraron contribuyeron a aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo

sexual para lograr la resiliencia sexual. Siendo importante la metodología empleada para proporcionar la información científica a los adolescentes. La combinación de las sesiones presenciales y por internet tuvo el efecto esperado.

El correo sistematizado y los recordatorios por teléfono fueron muy eficaces para que el participante utilizará la plataforma educativa. Además, se observó que el contenido de los correo electrónico tuvieron un efecto beneficioso para que los participantes continuaran participando en la intervención. Los mensajes de los correos fueron realizados para su rápida lectura y se convirtió en un medio de comunicación entre el facilitador y el participante.

La intervención por Internet representa una alternativa viable para proporcionar educación innovadora a los adolescentes para la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Además, de que el medio resultó de particular interés para los adolescentes ya que para ellos el uso de las TIC es parte de su vida diaria. La intervención ofreció ventajas a los participantes, ya que ellos decidieron el mejor momento para entrar a la plataforma educativa en la comodidad de su hogar o en el lugar de su preferencia. Asimismo, la metodología empleada del proceso enseñanza aprendizaje mostró sus beneficios, la combinación de las sesiones presenciales y por internet proporcionó los elementos al adolescente para desarrollar los recursos de protección para contrarrestar los riesgos sexuales.

En otro sentido, en relación a los instrumentos utilizados en el presente estudio, estos conservaron sus características psicométricas descritas por los autores y por estudios originales donde también fueron utilizados. En cuanto a los instrumentos que fueron adaptados para el estudio la escala de provisión social para sexo seguro y la escala de resiliencia sexual para sexo seguro mostraron ser confiables para ser aplicado, ya mantuvieron sus características psicométricas.

La tasa de deserción se mantuvo dentro de lo esperado.

Recomendaciones

Se sugiere desarrollar estudios cuasi-experimentales que incluyan seguimientos a los 2, 6 y 12 meses, para evaluar si el efecto de la intervención se mantiene en un plazo mayor de tiempo.

Para futuras investigaciones se recomienda realizar el estudio en una muestra mayor.

Se recomienda seguir aplicando la intervención en otros escenarios para probar su efectividad en la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Realizar modificaciones a los contenidos de las sesiones de la plataforma para fortalecer las variables que no fueron explicadas.

En un futuro valorar emigrar a otra plataforma educativa virtual que proporcione mayores recursos de usabilidad, como por ejemplo Modlee.

Realizar en forma periódica actualizaciones de la información presentada en la página web.

Continuar usando le Surveymonkey ya que es un medio confiable y practico para la aplicación de los instrumentos de medición.

Referencias

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change technique used in interventions. *Health Psychology*, 27 (23), 379-387.
- Ahern, N. (2006). Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (3), 175-185.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and Behavior*. (2nd. Edición). Milton- Keynes, England; Open University Press / McGraw-Hill Education.
- Anthony, E. K., Alter, C. F., & Jenson, J. M. (2009). Development of a risk and resilience-based, out-of-school time program for children and youths. *Social Work*, 54, 45-55.
- Albertsson-Wikland, K., Rosberg, S., Lannering, B., Dunkel, L., Selstam, G., & Norjavaara, E. (2009). Twenty-Four-hours profiles of luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, testosterone, and estradiol levels: A semilongitudinal study throughout puberty in healthy boys. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82 (2), 541- 549.
- Andersson, A., Juul, A., Petersen, J., Müller, J., Groome, N., & Skakkebaek, N. (2009). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82 (12), 3976-3981.
- Andino, N. (1999). *Salud y estilos de vida saludables de los jóvenes y adolescentes*. Working Papers Series CST/ LAC, 12.
- Atwood, K., Zimmerman, R., Cupp, P., Fongkaew, W., Miller, B., Byrnes, H., Chamrathirong, A., Rhucharoenpornpanich, O., Chaipheth, N., Rosati, M., & Chookhare, W. (2010). Correlates of pre-coital behaviors intention and sexual initiation among Thai adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, XX (X), 1-23.
- Aymerich, A. M., Planes, P. M., Gras, P. M., & Vila, C. I. (2008). Relaciones heterosexuales e intenciones de conductas de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 63-71.

- Bachana, P., Morris, M., Lewis- Gess, J., Saacarett-Cuasay, E., Flores, A., Sirl, K., & Sawyer, M. (2002). Psychological adjustment, substance use, HIV knowledge, and risk sexual behavior in at-risk minority females: Developmental differences during adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*. 27 (4), 373-384.
- Bandura, A. (1986 a). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social & Clinical Psychology*. 4(3), 359-373.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10 (2), 30–42.
- Bates, S., Barnett, R., Brennan, B., & Israel, G. (2010). The effect of gender role conflict on adolescent and emerging adult male resiliency. *The Journal of Men´s Studies*. 18 (1), 0-21.
- Bazargan, M., Stein, J., Bazargan-Hejazl, S., & Hindman, D. (2010). Using the information-motivation behavior model to Predict sexual behavior among underserved minority youth. *Journal of School Health*. 80 (6), 287- 295.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11 (3), 125-146.
- Blinn- Pike, L. (1999). Why abstinent adolescents report they have not had sex: Understanding sexually resilient youth. *Family Relation*. 48, 295-301.
- Bryan, A., Kagee, A., & Broaddus, M. (2006). Condom use among South African adolescents: Developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *AIDS Behavior*. 10, 387-397.
- Book, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African adolescents: Pathways to risk sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*. 18 (3), 259-272.
- Bogart, L., Cecil, Heather., & Pinkerton, S. (2000). Hispanic adults' attitudes and intentions regarding the female condom. *Journal of Behavioral Medicine*. 23 (2), 181-206.

- Browning, C., Burrington, L., Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2008). Neighborhood structural inequality collective efficacy, and sexual risk behavior among urban youth. *Journal of Health and Social Behavior*. 49 (3), 269-285.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Lepège, A, Sullivan, M., Wood- Dauphine, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronoun, N., Bech, P., Fukuhara, S., Kaasa, S. & Were, JE. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQQLA project approach. *Journal Clinical Epidemiologi*, 51, 913-923.
- Caballero, R., & Villaseñor, A. (1996). Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes en un barrio marginado. *Salud Pública de México*. 38 (4), 276–279.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*. 70, 141-156.
- Campos-Arias, A. (2009). Relaciones sexuales en adolescentes de Colombia y las implicaciones para la Salud Pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables sociales. *MedUNAB*. 12 (2), 86–90.
- Cardozo, G., & Aldarete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*. 23, 148-182. Recuperado de pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0123
- Casas, R., & Ceñal. M. (2005). Desarrollo del Adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. IX (1), 20-24.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2008). El VIH/SIDA en México, datos al 14 de noviembre de 2008. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/13076240/Estadisticas-de-VIH-en-Mexico-2008>.

- Centro de Análisis e investigación (FUDAR) (2010). Información VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.fundar.org.mx/index.html/>
- Checa, S. (2005). Implicaciones del género en la construcción de la sexualidad adolescente. *Anuales de la Educación Común, Adolescencia y Juventud*. 1 (2), 183–193.
- Chirinos, J., Bardales, O., & Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cuadernos de Salud Pública*. 22 (1), 122–133.
- Chou, L., & Hunter, A. (2009) Factors Affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (10), 2131-2141.
- Cohen, J. & Cohen P. (1983). *Applied Multiple Regression Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.) Hillsdale. N.J. Laurant Erlbaum.
- Consejo Estatal para la prevención y control del SIDA (COESIDA) (2010). Prevalencia de factores de riesgo del área rural y urbana de Nuevo León. Recuperado de www.respyn.uanl.mx/.../PROUNISEV%20Dr.%20Jose%20Manuel%20R.pdf
- Costas, A. N., & Britos, G. E. (2002) Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de la Salud*. 11 (2). 109-111.
- Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S. W., Baumler, E. & Glassman, J. R. (2006). All4you! A randomized trial of an, other stds, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18 (3), 187- 2003.
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1964). *The approval motive*. New York; Wiley.
- Cutrona C. E., & Russell D. W. The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press; 1987. p. 37–67.
- Dávila, M., Tagliaferro, A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista de Salud Pública*. 10 (5), 716-722.

- Darbes L. A., & Lewis. M. A. HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychol.* 2005; 24(6):617–22.
- De Santis, J. (2008). Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIVinfection. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal.* 22 (4), 273-287.
- Dumont, M., & Provost, M. (1998). Resilience in Adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence.* 28 (3), 343-363.
- Empelem, P., & Kok, G. (2008). Action-specific cognition of planned and preparatory behaviors of condom use among dutch adolescents. *Arch. Sexual Behavior.* 37: 626–640.
- Encuesta Nacional de la Juventud (2005). Resultados preliminares. México: Instituto Mexicano de la Juventud. Recuperado de http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf
- Earvolino-Ramírez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum,* 42 (2), 73-82.
- Faíde, J., Lameiras, M., & Bimbela, J. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14 a 24 años de edad. *Gaceta Sanitaria.* 22 (6), 511-519.
- Fawcett, J. (1999). The relationship of theory and research. 3rd. ed. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005) Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health,* 26, 399-419.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 37 (3), 281-292.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M., & Estévez, S. A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de la Psicología.* 21 (1), 66-72.

- Flaherty, J., Gaviria, F., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J., & Birzs, S. (1988) Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 176, (5), 257-263.
- Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de los adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana Salud Pública*. 18(69), 388–402.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2005). VIH/SIDA infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.unicef.org/lac/infanciadolescencia.pdf>
- Gallegos, C. E., Villarruel, A. M., Gómez, M. V., Onofre, D. J., & Mississippi, Y. Z. (2007). Sexual communication and knowledge among mexican parents and their adolescent children. *Journal Association Nurses AIDS Care*. 18 (2), 28-34.
- Gallegos, C. E., Villarruel, A. M, Loveland-Cherry, C., Ronis, D., & Zhuo, Y. (2008). Intervención para reducir riesgos en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*. 50 (1), 59-66.
- Gilar, C. R. Miñano, P. P., & Castejón, C. J. (2008). Inteligencia emocional y empatía: su influencia en la competencia social en educación secundaria obligatoria. *SUMMA Psicología UST*. 5 (1), 21-32.
- Givaudan, M., & Pick, S. (2005). Evaluación del programa escolarizado para adolescentes: “Un equipo contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 39 (3), 339-346.
- Givaudan, M., Van de Vijver, F., & Poortinga, Y. (2005) Identifying precursors of safer-sex practices in Mexican adolescents with and without sexual experience: An exploratory model. *Journal of Applied Social Psychology*. 35 (5), 1089-1109.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F.M., 2002. Health behavior and health education: Theory, research and practice, 3rd. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Greene, R.R., Galambos, C., & Lee, Y. (2003). Resilience theory: Theoretical and professional conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8 (4), 75-91.
- Gonçalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Journal of Psychology*. 41 (2), 161-166.
- Grotberg, H. E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar la adversidad. Gedisa Editorial. 1^{ra} Ed. España.
- Guerrero, L., & Chaves, A. (2005). Relational maintenance in cross-sex friendships characterized by different types of romantic intent: An exploratory study. *Western Journal of Communication*. 69 (4), 339-358.
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Lesesne, C., & Ballan, M. (2009). Familial and cultural influences on sexual risk behaviors among Mexican, Puerto Rican and Dominican youth. *AIDS Education and Prevention*. 21 (5), 61-79
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 46 (12). 1417-1432.
- Gumpel, T. (1993). Social competence y social skills training for person with mental retardation: An expansion of a behavioral paradigm. Recuperado de <http://pluto.mssc.huji.ac.il/~msgumpel/model.htm>
- Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 21 (5), 289-299.
- Harol, E. J. (2007). La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 25 (1), 61-70.
- Heinzer, M. (1995). Loss of a parent in childhood: Attachment and coping in a model of adolescent resilience. *Holistic Nursing Practice*. 9 (3), 27-37.

- Henrich, C., Brookmeyer, K., Sharier, L., & Shahar, G. (2006). Supportive relations and sexual risk behavior in adolescence: an Ecological-Transactional Approach. *Journal of Pediatric Psychology*. 31(3), 286-297.
- Hunter, A., & Chandler, G. (1999). Adolescent Resilience. *The Journal of Nursing Scholarships*. 31 (3), 243-247.
- International AIDS Society (2008). Hoja de datos: VIH/SIDA. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Recuperado de <http://www.aids2008.org/es/admin/images/upload/694.pdf>
- Jalowiec, A., Murphy, S.P., & Powers, M.J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*. 33 (3), 157-161.
- Jalowiec, A. (2003). The Jalowiec Coping Scale. In O.L. Strickland & C. DiIorio (Eds.), *Measurement of nursing outcomes (2nd ed.)*. Vol. 3: Self care and coping (pp. 71-87). New York: Springer.
- Jalowiec, A., Grady, K.L., & White-Williams, C. (2007). Predictors of perceived coping effectiveness in patients awaiting a heart transplant. *Nursing Research*, 56(4) 260-268.
- Jaselon, C. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Jemmott, J. B. III., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1992). Reduction in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health*. 82, 372- 377.
- Jemmott, J. B. III., Jemmott, L. S., Hines, P. M., & Fong, G. T. (2001). The theory of planned behavior as a model of intentions for fighting among African American and Latino adolescents. *Maternal and Child Health Journal*. 5(4), 253 – 263.
- Jemmott, J. B. III., Heren, G. A., Ngwane, Z., Hewitt, N., Jemmott, L. S., Shell, R., & O'leary, O. (2007). Theory of planned behaviour predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. *AIDS Care*. 19 (5), 677–684.

- Juarez, F., & Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*. 045, 177-219.
- Kalichman, S., Stein, J., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., Prado, G., & Feaster, D. (2002). Predicting protected sexual behavior using the information-motivation. Behaviour skill model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health & Medicine*. 7(3), 327-338.
- Kasen, S., Vaugahan, R. D., & Walter. (1992). Self- efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quaterly*. 19, 187-202.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Foncilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kostrzewa, K. (2008). The sexual and reproductive health of young people in latin America: evidence from who case studies. *Salud Pública de México*, 50 (1), 10-16.
- Lazaruz, R., & Folkman (1986). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
- Lesser, J., Koniak-Griffin, D., Huang, R., Takayanagi, S. ,& Cumberland, W. (2009). Parental protectiveness and unprotected sexual activity among Latino adolescent mothers and fathers. *AIDS Education and Prevention*. 22, 102-102.
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjöden, P. (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (1), 47-52.
- Lynn, M. (1986) Determination and quantification of conten validity. *Nursing Research*. 35 (6), 382-386.
- Lohman, B., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal Youth adolescence*. 37, 723-735.
- López, L. M., Garrido, G. V., Rodriguez, D. F., & Paíno, Q. S. (2002). Jóvenes y competencia social: un programa de intervención. *Psicothema*. 14, 155-163.

- López, R. F., & Moreno, L.Y. (2000) Programa psicoeducativo de prevención del SIDA en adolescentes de Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, R. F. (2001) Género, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Meeting of the Latin American Studies Association, Washington DC. Recuperado de <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/LopezRosalesFuensanta.pdf>
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*. 43 (5), 421-432.
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2009). Manual de aplicación de la escala de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA (SA-27). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S. S., Cichetti, D., & Bronwyn. B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J., & Brown, P. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *New York Academy of Sciences*, 1094, 105-115.
- Lux, K.M., & Petosa, R. (1994). Preventing HIV infection among juvenile delinquents: educational diagnosis using the health belief model. *International Quarterly of Community Health Education*, 15, 145-163.
- Marsiglia. F. F., Nieri. T., & Rubin. S. A.(2006). HIV/AIDS protective factors among urban American Indian youths. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 17, 745-758.
- Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la Naturaleza Humana*. México editorial Trillas.
- Masten, A., Neemann, J., Gest, S., Tellegen, A., & Garmezy, N. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Children Development*. 66, 1635-1659.

- Masten, A. S. , & Coatsworth, J. D., (1998). The developmet of competence in favorable and unfavorable environment. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 53, 205-220.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S., & Obradovi´c, J. (2006). Competence and resilience in development. *New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. S., & Obradovi´c, J. (2008). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13 (1), 9-18.
- Mesa, M.I., Barella, J. L., & Cobeña, M. (2004). Comportamiento sexuales y uso de preservativo en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria*. 33 (7), 58-68.
- Mueller, T. E., Castaneda, C. A., Sainer, S., Martinez, D., Herbst, J. H., Wilkes, A. L., & Villarruel, A.M. (2009). The implementation of a culturally based HIV sexual risk reduction program for latino youth in a Denver area high school. *AIDS Education and Prevention*. 21, 164-170.
- Nappi, C., Thankral, C., Kapungu, C., Donenberg, G., DiClement, R., & Brown, L. (2009). Parental monitoring as a moderador of the effect of family sexual communication on sexual risk behavior among adolescents in psychiatric care. *AIDS Behavior*. 13, 1012-1020.
- Nelson, A., Haasee, J., Kupst, M., Clarke-Steffen, L., & Brace-O'Neill, J. (2004). Consensus statements: Interventions to enhance resilience and quality of life in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nurses*. 21 (5), 305-307.
- Niles, M., Reynolds, A., & Roe-Sepowitz, D. (2008) Early childhood intervention and early adolescent social and emotional competence: second-generation evaluation evidence from the Chicago Longitudinal Study. *Educational Research*. 50 (1), 55-73.
- Taylor-Seehafer. M., & Rew, L. (2000). Risk sexual behavior among adolescent woman. *Journal SPN*. 5(1), 15-24.

- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J., & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazos a ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48 (4), 308-314.
- Tusaie, K., Puscar, K., & Sereika, S. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 39 (1), 54-60.
- Orcasita, L .T., Peralta, A., Valderrama, L., & Uribe. A. F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. Número 31. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=194214587008>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2008). Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2008. Recuperado de http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- Outlaw, A., Naar-King, S., Janisse, H., & Parson, J. (2010). Predictors of condom use in a multisite study of high-risk youth living with HIV. *AIDS Education and Prevention*. 22 (1), 1-14.
- Oxley, G. (2001). HIV/AIDS knowledge and self-esteem among adolescents. *Clinical Nursing Research*. 10 (2), 214-224.
- Patsdaughter, C., Kelley, B., Babington, L., & Diyer, J. (2005). A comparison of sexual risk behavior of Dominican Adolescents in their homeland and in the United States. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 11 (1), 63-68.
- Pérez, C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescents mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*. 40 (3), 333-340.
- Peter, J., & Valkenburg, P. (2008). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration. *Communication Research*. 35 (5), 579-601.

- Peter, J., & Valkenburg, P. (2009). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material and sexual satisfaction: A longitudinal. *Human Communication Research*. 35 (2), 171-194.
- Peter, J., & Valkenburg, P. (2010). Adolescents' use of sexually explicit internet material and sexual uncertainty: The role of involvement and gender. *Communication Monographs*. 77 (3), 357-375.
- Planes, M., Gómez, A. B., Gras, M. E., Font-Mayolas, S., Cunill, M., & Aymerich, M. (2007). Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Cuaderno de Medicina Psicomática y Psiquiatría de Enlace*. 82, 39- 47.
- Pichardo, M. C., García, T., Justicia, F., & Llanos, C. (2008). Efectos de un programa de intervención para la mejora de la competencia social en niños de educación primaria en Bolivia. *International Journal of Pssychology and Psychological Therapy*. 8 (3), 441-452.
- Piña, J. A., & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo Psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10 (1), 71-83.
- Prelow, H., Loukas, A., & Jordan-Green, L. (2007). Socioenvironmental risk and adjustment in Latino youth: The mediating effects of family processes and social competence. *Journal Youth Adolescence*. 36, 465-476.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS). (2010). 2011-2015 Estrategy. Getting to Zero. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
- Quintana, A., Montgomery, W., Yanac, E., Sarria, C., Chavez, H., Malaver, C., Soto, J., Alvites, J., Herrera, E. & Solórzano, L. (2007) Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la conducta resiliente y violenta de adolescentes. *Revista de Investigación en Psicología*. 10 (2), 43-69.

- Raffaelli, M., & Crockett, L. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1036-1046.
- Rew, L., & Horner, S. (2003) Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescent. *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (6), 379-388.
- Reynolds, W. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 38 (1), 119-125.
- Richard, A. J. & Wichern, D. W. (2002). *Applied Multivariate Statistical Analysis (5a. ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Rosario, M., Salzinger, S., Feldman, R., & Ng-Mak, D. (2008). Intervening Processes between youths' exposure to community violence and internalizing symptoms over time: The roles of social support and coping. *Am Journal Community Psychology*. 41, 43-62.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family Therapy*, 21(2), 119-126.
- Scales, S., Dekhtyar, O., Cupp, P., & Anderman, E. (2008). Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescent: A possible Clue to promoting sexual health?. *Journal of Sex Research*. 45 (3), 277-286.
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaria de Salud. (2002). Prevención del embarazo no planeado de los adolescentes. Recuperado de <http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/220905-prevencion.pdf>
- Segura, M. (2003). Un programa de competencia social. *Cuaderno de Pedagogía*. 324, 46-50.
- Smokowski, P. (1998) Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review*. 4 (2), 337-364.

- Sidani, S., & Braden C. *Evaluating nursing interventions. A theory-driven approach*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- Silber, E., & Tippett, J. (1965). Sel-esteem clinical assessment and measurement validation *Psychological Reports*, 16(3), 1017-1071.
- Silva, M., & Giardini, S. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescents: uma experiencia no programa de atencao integral a familia (PAIF). *Psicología: Reflexao e Crítica*. 22(1), 136-143.
- Silveri, M., Tzilos, G., Pimentel, P., & Yurgelum-Todd, D. (2004). Trajectories of adolescent emotional and cognitive development. Effects of sex and risk for drug use. *Annals New York Academy of Sciencies*. 1021, 363-370.
- Steinhardt, Mary., & Dolbier, Chistyn. (2008). Evaluación of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American Collage Health*. 56 (4), 445-453.
- Taylor-Seehafer, M., & Rew, Lynn. (2000). Risky Sexual Behavior among adolescent women. *Journal S P Nursing*. 5 (1), 15-24.
- Turker, C., Udry, Campell, R., & Suchindran, C. (1993). Testosterone predicts initiation of coitus in adolescents female. *Psychosomatic Medicine*. 59, 161-171.
- Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A. M., Orcasita, L., & Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia, frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes de Colombia. *Pensamiento Psicológico*. 5 (12), 29–44.
- Uribe, A., Orcasita, L., & Vergara, V. T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 13 (1), 11-24.
- Valdez, C. (2011). Uso de material sexual en línea y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León.

- Valle, A., Torgersen, L., Roysamb, E., Klepp, K., & Thelle, D. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 years olds in Oslo. *Journal of Public Health*. 15 (2), 185-194.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., III, Jemmott, L. S., & Ronis, D. L., (2004). Predictors of sexual intercourse intentions and condom use among Spanish dominant youth: A test of the theory of planned behavior. *Nursing Research*. 53 (3), 172-181.
- Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Matín A., & Santos-Preciado, J. (2003). Conocimientos objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (1), 573-579.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 016, 139-146.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M., & Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*. 25 (1), 39-50.
- Vinson, J. (2008). Children with asthma: Initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*. 28 (2), 149-158.
- Wagnild, G. M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Waltz, C. F., Strickland, O. & Lenz, E. R. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3a. ed.). New York, NY, EE. UU.: Springer Publishing Company.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet promote health behavior change: a systematic review and metaanalysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (1), e4.
- Weger, H., & Emmett (2009). Romantic intent, relationship uncertainty, and relationship maintenance in young adults' cross-sex friendships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 26 (6-7), 964-988.

- Weise, M., Eisenhofer, G., & Merke, D. (2009). Puberal and gender-related changes in the simpathoadrenal system in healthy children. *The Journal Endocrinology & Matabolism*. 87 (11), 5038-5043.
- Wulfert, Edelgard., & Wan, Choi. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*. 12 (5), 346-353.
- Zimmerman, R. S., Cupp, P. K., Donohew, L., Sionéan, C. K., Feist-Price, S., & Helme, D. (2008). Effects of school-based, theory-driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40 (1), 42-51.

Apéndices

Apéndice A

Escala de Complacencia Social de Marlon-Crowne

Enseguida hay afirmaciones relacionadas a actitudes y rasgos personales. Por favor, lee cada una y coloca una (X) en el cuadro correspondiente si la oración es CIERTA (C) o FALSA (F) acerca de ti mismo

	<i>CIERTO</i>	<i>FALSO</i>
1. Algunas veces se me hace difícil seguir con mi trabajo si no estoy animado/a		
2. Algunas veces me siento enojado/a cuando no puedo hacer lo que quiero		
3. A veces, he dejado de hacer algo porque pensaba que no tenía la habilidad para hacerlo		
4. En ocasiones he querido rebelarme contra la autoridad (por ejemplo, maestros, directores, policía), aunque sabía que ellos estaban en lo correcto		
5. Siempre soy un buen oyente, no importa con quien estoy hablando		
6. Ha habido ocasiones en que he tomado ventaja de alguien		
7. Siempre estoy dispuesto/a a admitir cuando he cometido un error		
8. Algunas veces trato de vengarme en vez de perdonar y olvidar		
9. Siempre soy cortés, aún con personas que no son amables		
10. Nunca me he enojado cuando las personas tienen ideas diferentes a las mías		
11. Ha habido ocasiones que he estado muy celoso/a de que les pasen cosas buenas a otros		

12. Algunas veces me enojo con personas que me piden favores		
13. Nunca he dicho nada para herirle los sentimientos a alguien		

Apéndice B
Cédula de Datos

Código: _____

Por favor contesta las siguientes preguntas. Estas nos darán información sobre el tipo de personas que han completado este cuestionario y han participado en este proyecto.

Fecha: _____

Día/ Mes/ Año

Selecciona la respuesta correcta, marca con una cruz dentro del cuadro.

1. ¿Cuántos años tienes?

1) 14 2) 15 3) 16 4) 17

2. Marca con una cruz tu sexo

1) Femenino 2) Masculino

3. Semestre escolar que cursas actualmente

1) 1^o 2) 2^o 3) 3^o 4) 4^o 5) 5^o 6) 6^o

4. Actualmente estas:

1) Soltero (a)

2) En una relación de noviazgo

3) Separado (a)

4) Divorciado (a)

5. ¿En los últimos 3 meses, has recibido información sobre Sexualidad?

1. No

2. Si

6. ¿En los últimos 3 meses, has recibido información sobre Infecciones de Transmisión Sexual?

1) No

2) Si

7. ¿En los últimos 3 meses, has recibido información sobre VIH/SIDA?

1. No

2. Si

8. ¿En alguna ocasión te has realizado la prueba rápida para detectar VIH?

1. No

2. Si

Segunda Sección

Estructura familiar

9. ¿Cuántas personas de tu familia viven juntas? _____

10. ¿Cuántos miembros de la familia viven contigo? Anota el número dentro del cuadro

1) Hermana (s)

2) Padre

3) Padrastro

4) Tío (s)

5) Hermano (s)

6) Madre

7) Madrastra

8) Tía (s)

9) Abuela

10) Abuelo

11) Primos

12) Otro: Especifique: _____

Apéndice C

Escala de Incertidumbre Sexual

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas, marca con una (X), la respuesta que consideres que refleja lo que piensas, te rogamos seas honesto en tus respuestas.

“En cuanto a sexo se refiere.....”

	<i>Totalmente desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Parcialmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1. Mis creencias frecuentemente cambian.					
2. No estoy seguro/a acerca de lo que me gusta y lo que no me gusta.					
3. Me pregunto lo que realmente quiero.					
4. Mis opiniones varían.					

5. Un día pienso así y otro día pienso diferente.					
6. Es difícil para mí formular una opinión clara.					

Apéndice D

Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH

Contesta la siguiente pregunta, marca con una (X), la respuesta que consideres que refleja lo que piensas.

	<i>De acuerdo</i>	<i>Levemente de acuerdo</i>	<i>Levemente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
1. Personas como yo no se infectan con el VIH.				
2. Soy saludable, así que mi cuerpo puede luchar contra una infección por el VIH.				
3. Soy demasiado joven para infectarme con el VIH.				
4. No me preocupa que				

pueda infectarme con el VIH.				
5. Las personas de mi edad estamos muy jóvenes para tener una infección por el VIH.				
6. Las personas de mi edad no se infectan con el VIH.				

Apéndice E

Escala de Afrontamiento Jalowiec (JCS)

Este cuestionario es acerca de cómo lidiar con el estrés, la tensión y lo que haces para manejar situaciones de estrés. En particular, estoy interesado en **cómo has hecho frente a la tensión que te produce las situaciones de riesgo sexual.**

Este cuestionario enumera diferentes maneras de lidiar con el estrés. Algunas personas usan muchos métodos diferentes de afrontamiento, algunas personas usan sólo unos pocos.

Se le hará dos preguntas sobre cada una de las formas diferentes de lidiar con el estrés.

Parte A

¿Cuántas veces ha utilizado ese método de afrontamiento para manejar el estrés antes mencionado?

Para cada método de afrontamiento enlistado, rodee con un círculo un número en la parte A para mostrar la frecuencia con la que ha utilizado ese método para lidiar con el estrés antes mencionado.

El significado de los números en la parte A es la siguiente:

0 = nunca utilizado

1 = rara vez utilizado

2 = a veces utilizado

3 = a menudo utilizado

Parte B

¿Si tú has utilizado ese método de afrontamiento, que tan útil fue en el manejo de ese estrés?

Para cada método de afrontamiento que ha utilizado, rodee con un círculo un número en la parte B para mostrar lo útil que fue ese método para lidiar con el estrés antes mencionado. El significado de los números en la parte B es la siguiente:

0 = no es útil

1 = poco útil

2 = algo útil

3= muy útil

Si tú no has utilizado un método de afrontamiento en particular, entonces no marque ningún número en la parte B para ese método de afrontamiento.

Método de afrontamiento	Parte A ¿Con qué frecuencia has usado cada método de afrontamiento?				Parte B ¿Si tú has utilizado ese método de afrontamiento, que tal útil fue?			
	Nunca utilizado	Rara vez utilizado	A veces utilizado	A menudo utilizado	No es útil	Poco útil	Algo útil	Muy útil
1. Me preocupé por el problema.	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Tenía esperanzas de que las cosas mejorarían.	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Comía o fumaba más de lo normal.	0	1	2	3	0	1	2	3

4. Pensaba en diferentes maneras para manejar la situación.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Me dije que las cosas podrían ser mucho peor.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Ejercitaba o hacía alguna actividad física.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Traté de huir del problema por un tiempo.	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Me enojé y me desahugué.	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Esperaba lo peor que pudiera pasar.	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Trató de poner el problema fuera de su mente y pensar en otra cosa.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Habló del problema con la familia o amigos.	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Aceptaba la situación ya que muy	0	1	2	3	0	1	2	3

poco se podía hacer.		
13. Trató de ver el problema objetivamente y ver todos los lados.	0 1 2 3	0 1 2 3
14. Soñaba con una vida mejor.	0 1 2 3	0 1 2 3
15. Habló del problema con un profesional (como un médico, enfermera, ministro, maestro, consejero).	0 1 2 3	0 1 2 3
16. Trató de mantener la situación bajo control.	0 1 2 3	0 1 2 3
17. Oró o puso su confianza en Dios.	0 1 2 3	0 1 2 3
18. Trató de salir de la situación.	0 1 2 3	0 1 2 3
19. No expresaba sus sentimientos.	0 1 2 3	0 1 2 3
20. Me dije que el problema era culpa de otra persona.	0 1 2 3	0 1 2 3
21. Esperó a ver qué	0 1 2 3	0 1 2 3

pasaba.		
22. Quería estar solo(a) para pensar las cosas.	0 1 2 3	0 1 2 3
23. Renunció a la situación porque las cosas parecían sin remedio.	0 1 2 3	0 1 2 3
24. Sacó sus tensiones con otra persona	0 1 2 3	0 1 2 3
25. Traté de cambiar la situación	0 1 2 3	0 1 2 3
26. Utilicé técnicas de relajación.	0 1 2 3	0 1 2 3
27. Traté de averiguar más sobre el problema.	0 1 2 3	0 1 2 3
28. Dormía más de lo normal.	0 1 2 3	0 1 2 3
29. Trató de manejar las cosas un paso a la vez.	0 1 2 3	0 1 2 3
30. Trató de mantener su vida lo más normal posible y no dejar que el problema interfiera.	0 1 2 3	0 1 2 3

31. Pensé en cómo había manejado otros problemas en el pasado.	0	1	2	3	0	1	2	3
32. Me dije que no me preocupara porque todo iba a salir bien.	0	1	2	3	0	1	2	3
33. Trató de llegar a un compromiso.	0	1	2	3	0	1	2	3
34. Tomó un trago para sentirse mejor.	0	1	2	3	0	1	2	3
35. Dejó que el tiempo se encargara del problema.	0	1	2	3	0	1	2	3
36. Trató de distraerse haciendo algo que le gusta.	0	1	2	3	0	1	2	3
37. Se dijo que podía manejar cualquier cosa sin importar cuán difícil era.	0	1	2	3	0	1	2	3
38. Estableció un plan de acción.	0	1	2	3	0	1	2	3
39. Trató de mantener un sentido del humor.	0	1	2	3	0	1	2	3
40. Evitaba hacer	0	1	2	3	0	1	2	3

frente al problema.		
41. Trató de mantener sus sentimientos bajo control.	0 1 2 3	0 1 2 3
42. Habló del problema con alguien que había estado en una situación similar	0 1 2 3	0 1 2 3
43. Practicaba en su mente lo que había que hacer.	0 1 2 3	0 1 2 3
44. Trató de mantenerse ocupado.	0 1 2 3	0 1 2 3
45. Aprendió algo nuevo con el fin de manejar el problema mejor.	0 1 2 3	0 1 2 3
46. Hizo algo impulsivo o riesgoso que normalmente no haría.	0 1 2 3	0 1 2 3
47. Pensó en las cosas buenas en su vida.	0 1 2 3	0 1 2 3
48. Trató de ignorar o evitar el problema.	0 1 2 3	0 1 2 3
49. Se comparó con	0 1 2 3	0 1 2 3

otras personas que estaban en la misma situación.		
50. Trató de pensar positivamente	0 1 2 3	0 1 2 3
51. Se culpó por entrar en una situación como esa.	0 1 2 3	0 1 2 3
52. Prefirió resolver las cosas por sí mismo.	0 1 2 3	0 1 2 3
53. Tomó medicamentos para reducir la tensión.	0 1 2 3	0 1 2 3
54. Traté de ver el lado bueno de la situación.	0 1 2 3	0 1 2 3
55. Se dijo a si mismo que este problema no era realmente tan importante.	0 1 2 3	0 1 2 3
56. Evitó estar con gente.	0 1 2 3	0 1 2 3
57. Trató de mejorar para que pudiera manejar mejor la	0 1 2 3	0 1 2 3

Apéndice F

Escala Provisión Social para Sexo Seguro

Instrucciones: Al contestar las siguientes afirmaciones, por favor, tenga en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar muchas cosas diferentes. Por ejemplo, el uso de condones es una forma de practicar el sexo seguro, pero también lo es el compromiso de ser monógamo/a, así como la abstinencia sexual. Considere todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indique con una X qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para ti, trata de contestarlas todas.

En el apartado de apoyo de la pareja considere la actual o la última que haya tenido.

<i>Apoyo de la Familia</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.					
2. Mi familia no apoya el sexo seguro.					
3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro.					

4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.					
5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.					
6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para proteger del VIH.					
7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.					
8. La relación con mi familia me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.					
9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito.					

10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.					
11. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.					
13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
14. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.					
15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata					

de practicar el sexo seguro.					
16. No me siento cómodo/a hablando con mi familia sobre el sexo seguro.					
17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.					
18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.					
19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.					
<i>Apoyo de la Pareja</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
20. Puedo confiar en mi pareja para que me					

ayude a practicar el sexo seguro, si necesito ayuda.					
21. Mi pareja no apoya el sexo seguro.					
22. No puedo recurrir a mi pareja para orientación sobre el sexo seguro.					
23. Mi pareja sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.					
24. Mi pareja y yo disfrutamos practicando el sexo seguro.					
25. Me siento responsable de la salud y el bienestar de mi pareja.					
26. Mi pareja y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.					

27. No creo que mi pareja valore lo que he hecho para protegerme del VIH.					
28. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.					
29. La relación con mi pareja me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.					
30. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario.					
31. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja.					
32. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
33. Mi pareja confía en					

mí para aconsejarla sobre sexo seguro.					
34. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
35. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi pareja y esto me anima a practicar el sexo seguro.					
36. No puede contar con mi pareja para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.					
37. No me siento cómodo/a hablando con mi pareja sobre el sexo seguro.					
38. Mi pareja respeta mi decisión de practicar el sexo					

seguro.					
39. El amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar el sexo seguro					
40. Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, de practicar el sexo seguro.					
41. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.					
<i>Apoyo de los amigos</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
42. Puedo confiar en mis amigos/as para que me ayuden a practicar el sexo seguro.					
43. Mis amigos/as no apoyan el sexo seguro.					
44. No puedo recurrir a					

<p>mis amigos/as para orientación sobre el sexo seguro.</p>					
<p>45. Mis amigos/as saben que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.</p>					
<p>46. Mis amigos/as y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.</p>					
<p>47. No creo que mis amigos/as valoren lo que he hecho para protegerme del VIH.</p>					
<p>48. Mis amigos/as no estarían allí para apoyarme, si me infectara con el VIH.</p>					
<p>49. La relación con mis amigos/as me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de</p>					

infectarme con el VIH.					
50. Puedo hablar con mis amigos/as sobre sexo seguro, si lo necesito.					
51. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mis amigos/as.					
52. Mis amigos/as comparten mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
53. Mis amigos/as confían en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.					
54. Puedo confiar en mis amigos/as para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
55. Me siento muy unido/a con mis amigos/as y esto me					

motiva a practicar el sexo seguro.					
56. No puede contar con mis amigos/a para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.					
57. No me siento cómodo/a hablando con mis amigos/as sobre el sexo seguro.					
58. Mis amigos/as respetan mi decisión de practicar el sexo seguro.					
59. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mis amigos/as para que me ayuden a manejar la situación.					

Apoyo del proveedor de salud

Al responder las siguientes afirmaciones considere que “*proveedor de salud*” es toda persona capacitada que te puede proporcionar información o consejo sobre sexualidad responsable (enfermera, psicólogo, médico, trabajadora social, entre otros).

60. ¿Quién es tu proveedor de salud?	Enfermera 1	Psicólogo 2	Médico 3	Trabajadora Social 4	Otro 5 Especifique:
<i>Apoyo del proveedor de salud</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
61. Puedo confiar en mi proveedor de salud para que me ayude a practicar el sexo seguro.					
62. Mi proveedor de salud no apoya el sexo seguro.					
63. No puedo recurrir a mi proveedor de salud para orientación sobre el sexo seguro.					
64. Mi proveedor de salud sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el					

VIH.					
65. Mi proveedor de salud y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.					
66. No creo que mi proveedor de salud valore lo que he hecho para protegerme del VIH.					
67. Si me infectará con el VIH, mi proveedor de salud no me apoyaría.					
68. La relación con mi proveedor de salud me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.					
69. Puedo hablar con mi proveedor de salud sobre sexo seguro, si lo necesito.					
70. Mis creencias sobre					

la importancia del sexo seguro son respetadas por mi proveedor de salud.					
71. Mi proveedor de salud comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
72. Mi proveedor de salud confía en mí para dar consejos cuando se trata de sexo seguro.					
73. Puedo confiar en mi proveedor de salud para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
74. Me siento muy unido/a con mi proveedor de salud y esto me motiva a practicar el sexo seguro.					
75. No puede contar con mi proveedor de					

salud para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.					
76. No me siento cómodo/a hablando con mi proveedor de salud sobre el sexo seguro.					
77. Mi proveedor de salud respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.					
78. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi proveedor de salud para que me ayude a manejar la situación.					

Apéndice G

Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, VIH e ITS

VERDADERO o FALSO. Algunas de las siguientes oraciones son ciertas; otras son falsas. Por favor encierra en un círculo la V si piensas que la oración es VERDADERA o encierra en un círculo la F si piensas que es FALSA y el “?” si NO SABES si la oración es verdadera o falsa.

El término ITS significa Infección de Transmisión Sexual; también son conocidas como enfermedades venéreas.

V	?	F	1. Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales
V	?	F	2. Si una mujer se lava con una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, no quedará embarazada.
V	?	F	3. Aún si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), la mujer puede quedar embarazada.
V	?	F	4. Una muchacha que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, no aumenta su posibilidad de quedar embarazada.
V	?	F	5. Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene.
V	?	F	6. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina.
V	?	F	7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.
V	?	F	8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo)

			vaginal, que causa ardor o picazón.
V	?	F	9. No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien.
V	?	F	10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.
V	?	F	11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.
V	?	F	12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.
V	?	F	13. Si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades.
V	?	F	14. Una persona puede tener el virus del SIDA y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo.
V	?	F	15. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.
V	?	F	16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer SIDA.
V	?	F	17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS.
V	?	F	18. Hay una buena posibilidad de contagiarse con SIDA si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene SIDA.
V	?	F	19. El virus de SIDA está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal.
V	?	F	20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.

V	?	F	21. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón.
V	?	F	22. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo.
V	?	F	23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede destruir su efectividad en el pene.
V	?	F	24. La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre.

Apéndice H

Escala de Autoestima de Rosenberg

En las siguientes oraciones marca (X) que tan de acuerdo te sientes con relación en cada una de ellas.

	<i>Totalmente de Acuerdo</i>	<i>De Acuerdo</i>	<i>En Desacuerdo</i>	<i>Totalmente en Desacuerdo</i>
1. Siento que soy una persona de valor, al igual que otras personas (Comparada con otras siento que soy una persona que valgo igual que las demás)				
2. Siento que tengo un buen número de cualidades (Siento que tengo muchas cualidades)				
3. Definitivamente creo que soy un fracaso (Generalmente como pienso en mi vida, siento que soy un fracasado)				
4. Puedo hacer las cosas igual que los demás (Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente)				
5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso/a				

6. Tengo una actitud positiva con mi persona (Tengo una actitud positiva conmigo mismo)				
7. En todo, estoy satisfecho/a conmigo mismo (Estoy satisfecho/a o a gusto conmigo mismo/a)				
8. Desearía tener más respeto conmigo mismo/a (Desearía tener más respeto para mí mismo/a)				
9. Algunas veces me siento inútil				
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada				

Apéndice I

Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (SEA-27)

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a seleccionar (X) el grado de seguridad que creas tener

<i>A) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales?</i>	<i>Nada Seguro</i>	<i>Algo Seguro</i>	<i>Medio Seguro</i>	<i>Muy Seguro</i>	<i>Total Seguro</i>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. ¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore					

de ti?					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
<i>B) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...</i>	<i>Nada Seguro</i>	<i>Algo Seguro</i>	<i>Medio Seguro</i>	<i>Muy Seguro</i>	<i>Total Seguro</i>
12. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?					
13. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?					
14. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
15. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna					

experiencia homosexual?					
<i>C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de.....</i>	<i>Nada Seguro</i>	<i>Algo Seguro</i>	<i>Medio Seguro</i>	<i>Muy Seguro</i>	<i>Total Seguro</i>
16. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
17. Usar correctamente el condón?					
18. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
19. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (mariguana, resistol, tiner)					
20. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
21. Negarte a tener relaciones sexuales si tu					

pareja no acepta usar el condón?					
22. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
23. Acudir a la tienda a comprar condones?					
24. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
25. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
26. Platicar con tu papá sobre temas sexuales?					
27. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales?					

Apéndice J

Escala de Resiliencia para Sexo Seguro

Instrucciones: Señala con una (X) que tan de acuerdo o en desacuerdo estas en las siguientes afirmaciones.

Considere que “Sexo Seguro” significa cosas diferentes como puede ser la práctica de la abstinencia sexual, el uso contante y correcto del condón y la monogamia; que te ayudan a no infectarte con el VIH.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso (ni de acuerdo, ni en desacuerdo)	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Si hiciera planes para tener sexo seguro los llevaría a cabo.					
2. Me las arreglaría de un modo o de otro, para practicar sexo seguro.					
3. Dependería de mí practicar sexo seguro, más que de otras personas.					
4. Es importante para mí, mantenerme interesado/a en la práctica de sexo					

seguro.					
5. Podría valerme por mi mismo/a para practicar sexo seguro.					
6. Me sentiría orgulloso/a de practicar sexo seguro.					
7. Si tuviera sexo, no lo planearía, ya que tomo las cosas como vienen.					
8. Aunque tuviera sexo de riesgo estaría satisfecho conmigo mismo/a.					
9. Siento que puedo controlar varias situaciones a la vez para tener sexo seguro.					
10. Practicaría sexo seguro.					
11. Si se tratará de tener sexo, no lo planearía, viviría el momento.					
12. Podría salir de					

situaciones de riesgo sexual.					
13. Podría practicar sexo seguro.					
14. Estoy interesado/a en practicar el sexo seguro.					
15. Aunque tuviera sexo de riesgo estaría contento/a conmigo mismo/a.					
16. Confío en mi mismo/a para salir de situaciones de riesgo sexual.					
17. En una emergencia de riesgo sexual, soy alguien en que la gente puede confiar.					
18. Sería capaz de ver una situación de riesgo sexual.					
19. Me esforzaría en practicar sexo seguro, a como dé lugar.					
20. Practicar sexo					

seguro, tiene sentido.					
21. Si tuviera un problema de riesgo sexual encontraría una solución.					
22. Haría un esfuerzo suficiente para practicar sexo seguro.					

Apéndice K

Escala de Conducta Sexual (Mujeres)

Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Siempre hay una respuesta que te permite dejarnos saber si has hecho ciertas cosas; y cuándo sí o no las has hecho. Por favor, se honesta. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina de una muchacha)

0. No

1. Sí

2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. _____ años

3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

5. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

Las siguientes preguntas son acerca la última vez que tuviste relaciones sexuales. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el “0”.

6. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú o tu pareja un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

7. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

8. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, estabas borracha o drogada?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

9. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste unos tragos y/o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

10. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, cuantos años tenía tu pareja?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. (Escribe) _____ años

11. ¿En los últimos 3 meses, has tenido relaciones sexuales con un muchacho?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

12. ¿En los últimos 3 meses, con cuánta frecuencia usaste condones cuando tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. Nunca

3. Algunas Veces

4. A Menudo

5. Casi Siempre

6. Siempre

13. ¿En los últimos 3 meses, cuántas veces tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ veces

14. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ veces

15. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ veces

16. ¿En los últimos 3 meses, con cuántos muchachos tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ muchachos

17. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días has tenido relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ días

18. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ veces

19. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ días

20. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días estabas borracha o drogada y después tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracha o drogada.

2. _____ días

21. ¿En los últimos 3 meses, cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar un condón estando borracha o drogada?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracha o drogada, sin usar un condón

2. _____ días

22. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal con un muchacho (su pene dentro de tu ano)?

0. No

1. Sí

23. ¿La primera vez que tuviste sexo anal con un muchacho, él te forzó para que lo hicieras?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

24. ¿En los últimos 3 meses, tuviste sexo anal?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

25. ¿La última vez que tuviste sexo anal, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

26. ¿Alguna vez en la vida le has dado sexo oral a un muchacho (tu boca en su pene)?

0. Yo nunca le ha dado sexo oral a un muchacho.

1. No

2. Sí

27. ¿La primera vez que le diste sexo oral a un muchacho, él te forzó a que lo hicieras?

0. Yo nunca le ha dado sexo a un muchacho.

1. No

2. Sí

28. ¿En los últimos 3 meses, has tenido sexo oral con un muchacho?

0. Yo nunca he tenido sexo oral con un muchacho.

1. No

2. Sí

29. ¿Alguna vez en la vida te ha dado un muchacho sexo oral (su boca en tu vagina)?

0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

30. ¿La primera vez que un muchacho te dio sexo oral, él te forzó a que lo hicieras?

0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

31. ¿En los últimos tres meses, te ha hecho/dado un muchacho sexo oral?

0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

32. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales

1. Con muchachas solamente

2. Con muchachos solamente

3. Con ambos, muchachas y muchachos

33. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

0. No

1. Sí

34. Si encerraste en un círculo Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste?

Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre el embarazo:

35. ¿Cuántas veces has estado embarazada?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Nunca he estado embarazada.
- 2. He estado embarazada _____ veces

36. ¿Cuántos niños vivos tienes?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No tengo niños vivos.
- 2. Tengo _____ niños.

37. ¿Has tratado de embarazarte en los últimos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

38. ¿Tienes planes de embarazarte en los próximos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

Apéndice L

Escala de Conducta Sexual (Hombres)

Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Siempre hay una respuesta que te permite dejarnos saber si has hecho ciertas cosas; y cuándo sí o no las has hecho. Por favor, se honesto. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina de una muchacha)

0. No

1. Sí

2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. _____ años

3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

5. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

Las siguientes preguntas son acerca la última vez que tuviste relaciones sexuales. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

6. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú o tu pareja un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

7. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

8. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, estabas borracho o drogado?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

9. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste unos tragos y/o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

10. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, cuantos años tenía tu pareja?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. (Escribe) _____ años

11. ¿En los últimos 3 meses, has tenido relaciones sexuales con una muchacha?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

12. ¿En los últimos 3 meses, con cuanta frecuencia usaste condones cuando tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. Nunca
- 3. Algunas Veces
- 4. A Menudo
- 5. Casi Siempre
- 6. Siempre

13. ¿En los últimos 3 meses, cuántas veces tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

14. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

15. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un condón?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

16. ¿En los últimos 3 meses, con cuántas muchachas tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ muchachas

17. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días has tenido relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ días

18. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ veces

19. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

2. _____ días

20. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días estabas borracho o drogado y después tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracho o drogado.

2. _____ días

21. ¿En los últimos 3 meses, cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar un condón estando borracho o drogado?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracho o drogado, sin usar un condón

2. _____ días

22. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal con una muchacha (tu pene dentro de su ano)?

0. No

1. Sí

23. ¿La primera vez que tuviste sexo anal con una muchacha, ella te forzó para que lo hicieras?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

24. ¿En los últimos 3 meses, tuviste sexo anal?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

25. ¿La última vez que tuviste sexo anal, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

26. ¿Alguna vez en la vida le has dado sexo oral a una muchacha (tu boca en su vagina)

0. Yo nunca le ha dado sexo a una muchacha.

1. No

2. Sí

27. ¿La primera vez que le diste sexo oral a una muchacha, ella te forzó a que lo hicieras?

0. Yo nunca le ha dado sexo a una muchacha.

1. No

2. Sí

28. ¿En los últimos 3 meses, has tenido sexo oral con una muchacha?

0. Yo nunca he tenido sexo oral con una muchacha.

1. No

2. Sí

29. ¿Alguna vez en la vida te ha dado una muchacha sexo oral (su boca en tu pene)?

0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

30. ¿La primera vez que una muchacha te dio sexo oral, ella te forzó a que lo hicieras?

0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

31. ¿En los últimos tres meses, te ha hecho/dado una muchacha sexo oral?

0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.

1. No

2. Sí

32. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales

1. Con muchachas solamente

2. Con muchachos solamente

3. Con ambos, muchachas y muchachos

33. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

0. No

1. Sí

34. Si encerraste en un círculo Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste? _____

Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre el embarazo:

35. ¿Cuántas veces has dejado a una muchacha embarazada?

0. Nunca he tenido relaciones sexuales.

1. Nunca he dejado embarazada a una muchacha.

2. He dejado a una muchacha embarazada _____ veces

36. ¿Cuántos niños vivos tienes?

0. Nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No tengo niños vivos.

2. Tengo _____ niños.

37. ¿Has tratado de dejar embarazada a una muchacha en los últimos 3 meses?

0. No

1. Sí

38. ¿Tienes planes de dejar a una muchacha embarazada en los próximos 3 meses?

0. No

1. Sí

Apéndice M

Intervención “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”

© Registro en Trámite

Apéndice N

Consentimiento Informado del Padre de Familia-grupo “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”**Prueba Piloto**

Título del Proyecto: Intervención basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

Investigadora principal: MCE. Lubia del Carmen Castillo Arcos

Introducción: Lo que se busca en este estudio es coleccionar información para caracterizar la utilidad de un procedimiento para ayudar a los adolescentes para que no practiquen conductas sexuales de riesgo. Se ha invitado a mi hijo (a) a participar en el, debido a que tiene entre 14 y 17 años.

Propósito del Estudio: La intervención por Internet que se le proporcionará a mi hijo (a) es con la finalidad de darle conocimientos y habilidades que lo ayuden a tener conductas sexuales saludables y evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)/ Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

A continuación se me dará a conocer en qué consiste el estudio, en caso de que tenga alguna duda puedo realizar las preguntas que considere antes de firmar este consentimiento que permita que mi hijo (a) sea parte del grupo de estudio.

Procedimiento: Entiendo que mi hijo (a) participará en un programa educativo con ocho sesiones (dos presenciales y seis a través de una página WEB) con duración cada sesión de una hora aproximadamente; las sesiones presenciales se realizarán en un aula de la escuela y las de la página Web las podrá realizar en nuestro hogar o en el laboratorio de computación de la escuela, junto con 12 adolescentes más. Las sesiones incluirán diversas estrategias de aprendizaje, como juegos, dinámicas, videos, foros para debates, grupos de discusión, información en página WEB, entre otros. Asimismo le

proporcionarán información sobre habilidad para la toma de decisiones, ITS, en especial el VIH/SIDA y el uso correcto del condón. Llenará cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y conductas sobre los temas tratados, antes de iniciar el programa y después de concluirlo por medio de una página por Internet. Cabe destacar que si mi hijo (a) no cuentan con una computadora o con Internet, esto no será un impedimento para que participe. Mi hijo (a) podrá asistir al laboratorio de computación de la escuela o le será proporcionará una laptop con acceso a internet los días que estén programadas las sesiones, sin ningún costo para nosotros.

Riesgos: El riesgo es mínimo, por lo cual, la posibilidad de que surjan problemas es bajo y poco probable. Sin embargo, por el hecho de tratar temas relacionados con la sexualidad, existe el riesgo de que mi hijo (a) se sienta incomodo (a) en algún momento o por el material que se presenta tanto en forma presencial como a través de la página Web, para ello, se contará con el apoyo de personal experto para brindarle consejería en caso necesario. Asimismo, hay aspectos positivos y negativos de la participación, dentro de los negativos están: a) llenar cuestionarios, b) algunas de las preguntas serán personales, c) yo no tendrá acceso a la información ya que es confidencial. Si mi hijo (a) o yo no deseamos seguir en la intervención, se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que lo decidamos.

Beneficios esperados: Dentro de los aspectos positivos de participar, mi hijo puede aprender la manera de cuidarse para no contagiarse de ITS como el VIH/SIDA. La participación de mi hijo (a) ayudará a que entendamos mejor la conducta de los adolescentes y de cómo deben cuidarse.

Costos: No hay ningún costo para que mi hijo(a) participe en la intervención.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que mi hijo (a) participo en el estudio son mi hijo (a), los otros adolescentes participen en su grupo, los responsables de la intervención y yo; ninguna otra persona tendrá acceso a la información. Además toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada ya que en

lugar del nombre se le asignara un código/ numero de participante y estos serán destruidos después de dos años. Por lo cual, ninguna información sobre mi hijo (a) será dada a conocer. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formaran parte de la tesis doctoral de la investigadora principal, nunca se presentará información personalizada de mi hijo (a).

Tutorial: Mi hijo (a) recibirá una sesión informativa sobre cómo contestar los cuestionarios en línea, entrar a la página web y podrá marcar al teléfono en caso de duda.

Derecho de Retratar: La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. Si yo decido que mi hijo(a) participe estará en libertad de retractarse en cualquier momento que así lo decidan, esto no afectara en nada los derechos de mi hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución donde estudia.

Información futura: entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, o si mi hijo sufre alguna lesión que yo crea que esté relacionada al estudio, yo y mi hijo (a) tendremos derecho de llamar al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en el programa “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo decidamos.

Nombre de mi hijo (a) _____

Nombre y Firma del padre o tutor

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Apéndice O

Asentimiento Informado para el Adolescente

Prueba Piloto

Título del Proyecto: Intervención basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA

Investigador Principal: MCE. Lubia del Carmen Castillo Arcos

Propósito del Estudio: La Maestra en Enfermería Lubia del Carmen Castillo Arcos me invita a participar en un programa que se llama “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” que tiene como objetivo prevenir los comportamientos sexuales que ponen en peligro la salud en adolescentes de mi edad.

Procedimiento: Entiendo que participaré en un programa educativo con ocho sesiones de duración (dos presenciales que se darán en la escuela y seis a través de una página web que podré recibir en mi hogar) de una hora aproximadamente cada sesión, junto con otros 12 adolescentes. Las sesiones incluirán diversas actividades, como juegos, dinámicas, videos, foros para debates, grupos de discusión, información en una página Web, entre otros. Asimismo, me proporcionarán información sobre como tomar mejores decisiones para protegerme de contagiarme de infecciones de transmisión sexual (ITS) o el síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el uso correcto del condón. Llenaré cuestionarios por internet sobre conocimientos, actitudes y conductas sobre los temas tratados, antes de iniciar el programa y después al concluirlo (a las tres y seis semanas).

Riesgos: El riesgo es mínimo, la posibilidad de que se presenten problemas es baja por tratar temas sobre sexualidad. Sin embargo, si me siento incómodo al contestar las preguntas o durante las sesiones, puedo retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee y si es necesario puedo contar con el servicio de consejería para recibir apoyo, además se me explica que no corro ningún riesgo al contestar los cuestionarios.

Confidencialidad: Los datos que proporcione serán confidenciales y la información no se dará a conocer a mis profesores, amigos o padres. Ninguna información sobre mí será distribuida a otras personas.

Beneficios: Aprenderé sobre la manera de cuidarme y ser más responsable sobre mi sexualidad.

Lesiones físicas: No existe ningún riesgo de lesión física por participar en este estudio.

Participación Voluntaria: Las únicas personas que sabrán que yo estoy participando en este estudio son mi padre/madre/tutor que dieron su autorización, los otros adolescentes que participarán, los colaboradores de la investigación y la investigadora principal.

Participar en el estudio no afecta mi relación con la escuela en la que estoy y puedo dejar de participar cuando yo quiera.

Asentimiento Informado

La Maestra Lubia Castillo Arcos me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente de dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Dirección: _____

Nombre y Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Apéndice P

Manual de Implementación

© Registro en Trámite

Apéndice Q

Contenido Temático de Sesiones

© Registro en Trámite

Apéndice R

Consentimiento Informado del Padre de Familia-Grupo “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”

Título del Proyecto: Intervención basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

Investigadora principal: MCE. Lubia del Carmen Castillo Arcos

Introducción: Lo que se busca en este estudio es coleccionar información de la utilidad de un procedimiento para ayudar a los adolescentes para que no practiquen conductas sexuales de riesgo. Se ha invitado a mi hijo a participar en él, debido a que tiene entre 14 y 17 años.

Propósito del Estudio: La intervención por internet que se le proporcionará a mi hijo (a) es con la finalidad de darle conocimientos y habilidades que lo (a) ayuden a tener conductas sexuales saludables y evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)/ Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

A continuación se me dará a conocer en qué consiste el estudio, en caso de que tenga alguna duda puede realizar las preguntas que considere antes de firmar este consentimiento que le permita a mi hijo (a) sea parte del grupo de estudio.

Procedimiento: Entiendo que mi hijo (a) asistirá a un programa educativo con ocho sesiones (dos presenciales y seis a través de una página WEB) con duración de una hora aproximadamente cada sesión, junto con otros 12 adolescentes; las sesiones presenciales se realizarán en un aula de la escuela y las de la página web las podrá realizar en nuestro hogar o en el laboratorio de computación de la escuela. Las sesiones incluirán diversas estrategias de aprendizaje, como juegos, dinámicas, videos, foros para debates, grupos de discusión, información en página WEB, entre otros. Asimismo le proporcionarán información sobre habilidad para la toma de decisiones, ITS, en especial el VIH/SIDA y

el uso correcto del condón. Llenará cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y conductas sobre los temas tratados, antes de iniciar el programa, después de concluirlo, a las tres y seis semanas por medio de una página por Internet. Cabe destacar que si mi hijo (a) no cuentan con una computadora o con Internet, este no será un impedimento para que participe. Mi hijo (a) podrá asistir al laboratorio de computación de la escuela o le será proporcionará una laptop con acceso a internet los días que estén programadas las sesiones, sin ningún costo para nosotros.

Riesgos: El riesgo es mínimo, por lo cual, la posibilidad de que surjan problemas es bajo y poco probable. Sin embargo, por el hecho de tratar temas relacionados con la sexualidad, existe el riesgo que mi hijo (a) se sienta incomodo (a) en algún momento o por el material que se presenta tanto en forma presencial como a través de la página Web, para ello, se contará con el apoyo de personal experto para brindarle consejería en caso necesario. Asimismo, hay aspectos positivos y negativos de la participación, dentro de los negativos están a) llenar cuestionarios, b) algunas de las preguntas serán personales, c) Yo no tendré acceso a la información ya que es confidencial. Si mi hijo (a) o yo no deseamos seguir en la intervención se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que lo decida.

Beneficios esperados: Dentro de los aspectos positivos de participar, mi hijo (a) puede aprender la manera de cuidarse para no contagiarse de ITS como el VIH/SIDA. Asimismo, la participación de mi hijo (a) ayudará a que entendamos mejor la conducta de los adolescentes y de cómo deben cuidarse.

Costos: No hay ningún costo para que mi hijo(a) participe en la intervención.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que mi hijo participo en el estudio son mi hijo, los otros adolescentes que participen en su grupo y los responsables de la intervención; ninguna otra persona tendrá acceso a la información. Además toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada ya que en lugar del nombre se le asignara un código/ numero de participante y estos serán

destruidos después de dos años. Por lo cual, ninguna información sobre mi hijo (a) será dada a conocer. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formaran parte de la tesis doctoral de la investigadora principal, nunca se presentará información personalizada de mi hijo.

Tutorial: Mi hijo (a) recibirá una sesión informativa sobre cómo contestar los cuestionarios en línea, entrar a la página web y podrá marcar al teléfono en caso de duda.

Derecho de Retratar: La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. Si yo decido que mi hijo(a) participe estará en libertad de retractarse en cualquier momento que así lo decidan, esto no afectara en nada los derechos de mi hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución donde estudia.

Información futura: entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, o si mi hijo (a) sufre alguna lesión que yo crea que esté relacionada al estudio, yo y mi hijo tendremos derecho de llamar al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en el programa “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo decidamos.

Nombre de mi hijo (a)

Nombre y Firma del padre o tutor

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Apéndice S

Consentimiento Informado del Padre de Familia-Grupo “Reducción del Riesgo para la Salud”

Investigadora principal: MCE. Luvia del Carmen Castillo Arcos

Propósito del Estudio: El video que se le mandará a mi hijo (a) por Internet es con la finalidad de brindarle información sobre nutrición, salud mental y prevención del consumo de drogas, violencia y accidentes.

Procedimiento: Entiendo que mi hijo (a) verá un video por Internet con duración aproximada de una hora a través de una página WEB, junto con otros 12 adolescentes. Llenará cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y conductas, antes de iniciar el programa, después de concluirlo, a las tres y seis semanas por medio de una página por Internet. Cabe destacar que si yo o mi hijo (a) no cuentan con una computadora o con Internet, este no será un impedimento para que participe. Mi hijo (a) podrá asistir al laboratorio de computación de la escuela o le será proporcionará una laptop con acceso a internet el día que este programada la sesión, sin ningún costo para nosotros.

Riesgos: No existen riesgos relacionados con la participación de mi hijo (a) en el estudio, sin embargo, hay aspectos positivos y negativos de la participación, dentro de los negativos están a) llenar cuestionarios, b) algunas de las preguntas serán personales, c) Yo no tendré acceso a la información ya que es confidencial. Si mi hijo (a) o Yo no deseamos seguir en la intervención se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que lo decida.

Beneficios esperados: Dentro de los aspectos positivos de participar, mi hijo (a) puede aprender la manera de cuidarse para reducir los riesgos a la salud.

Costos: No hay ningún costo para que mi hijo(a) participe.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que mi hijo (a) participo en el estudio son mi hijo (a), los responsables del estudio y yo; ninguna otra persona tendrá acceso a la información. Además toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada ya que en lugar del nombre se le asignara un código/ numero de participante y estos serán destruidos después de dos años. Por lo cual, ninguna información que identifique a mi hijo (a) será dada a conocer. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formaran parte de la tesis doctoral de la investigadora principal, nunca se presentará información personalizada de mi hijo (a).

Derecho de Retratar: La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. Si yo decide que mi hijo(a) participe estará en libertad de retractarse en cualquier momento que así lo decida, esto no afectara en nada los derechos de mi hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución donde estudia.

Información futura: entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, o si mi hijo(a) sufre alguna lesión que yo crea que esté relacionada al estudio, yo y mi hijo (a) tendremos derecho de llamar al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en el Programa "Reducción del Riesgo para la Salud" y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo decidamos.

Nombre de mi hijo (a)

Nombre y Firma del padre o tutor

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Apéndice T

Asentimiento Informado para el Adolescente-Grupo “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”

Título del Proyecto: Intervención basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA

Investigador Principal: MCE. Lubia del Carmen Castillo Arcos

Propósito del Estudio: La Maestra en Enfermería Lubia del Carmen Castillo Arcos me invita a participar en un programa que se llama “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” que tiene como objetivo prevenir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de mi edad.

Procedimiento: Entiendo que tendré que asistir a un programa educativo con ocho sesiones de duración (dos presenciales se darán en la escuela y seis a través de una página web que podré recibir en mi hogar) de una hora aproximadamente cada sesión, junto con otros 12 adolescentes. Las sesiones incluirán diversas actividades, como juegos, dinámicas, videos, foros para debates, grupos de discusión, información en una página WEB, entre otros. Asimismo, me proporcionarán información sobre como tomar mejores decisiones para protegerme de contagiarme con una infección de transmisión sexual o el síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el uso correcto del condón. Llenaré cuestionarios por internet sobre conocimientos, actitudes y conductas sobre los temas tratados, antes de iniciar la intervención y después al concluirlo (a las tres y seis semanas).

Riesgos: El riesgo es mínimo, la posibilidad de que se presenten problemas es baja por tratar temas de sexualidad. Sin embargo, si me siento incómodo al contestar las preguntas o durante las sesiones, puedo retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee y si es necesario puedo contar con el servicio de consejería para recibir apoyo, además se me explica que no corro ningún riesgo al contestar los cuestionarios.

Confidencialidad: Los datos que proporcione serán confidenciales y la información no se dará a conocer a mis profesores, amigos o padres. Ninguna información sobre mi será distribuida a otras personas.

Beneficios: Aprenderé sobre la manera de cuidarme y ser más responsable sobre mi sexualidad.

Lesiones físicas: No existe ningún riesgo de lesión física por participar en este estudio.

Participación Voluntaria: Las únicas personas que sabrán que yo estoy participando en este estudio son mi padre/madre/tutor que dieron su autorización, los otros adolescentes que participarán y la investigadora principal. Participar en el estudio no afecta mi relación con la escuela en la que estoy y puedo dejar de participar cuando yo quiera.

Asentimiento Informado

La Maestra Lubia Castillo Arcos me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente de dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Nombre y Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Apéndice U

Asentimiento Informado para el Adolescente-Grupo “Reducción del Riesgo a la Salud”

Investigador Principal: MCE. Lubia del Carmen Castillo Arcos

Propósito del Estudio: La Maestra en Enfermería Lubia del Carmen Castillo Arcos me invita a participar en un programa que se llama “Reducción del Riesgo a la Salud” que tiene como objetivo prevenir las conductas de riesgo para la salud como problemas de nutrición, salud mental y prevención del consumo de drogas, violencia y accidentes.

Procedimiento: Entiendo que tendré que ver un video con duración aproximada de una hora donde se me proporcionará información sobre como tomar mejores decisiones para proteger mi salud. Llenaré cuestionarios por internet sobre conocimientos, actitudes y conductas sobre los temas tratados, antes de iniciar el programa y después al concluirlo (a las tres y seis semanas).

Riesgos: No se conocen riesgos relacionado con mi participación en este estudio. Sin embargo, si me siento incómodo al contestar las preguntas o durante las sesiones, puedo retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee, además se me explica que no corro ningún riesgo al contestar los cuestionarios.

Confidencialidad: Los datos que proporcione serán confidenciales y la información no se dará a conocer a mis profesores, amigos o padres. Ninguna información sobre mi será distribuida a otras personas.

Beneficios: Aprenderé sobre la manera de cuidarme y ser más responsable sobre mi salud.

Lesiones físicas: No existe ningún riesgo de lesión física por participar en este estudio.

Participación Voluntaria: Las únicas personas que sabrán que yo estoy participando en este estudio son mi padre/madre/tutor que dieron su autorización y la investigadora

principal. Participar en el estudio no afecta mi relación con la escuela en la que estoy y puedo dejar de participar cuando yo quiera.

Asentimiento Informado

La Maestra Lubia Castillo Arcos me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente de dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Nombre y Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Apéndice V

Resultados de validación de instrumentos adaptados

Los instrumentos para medir el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura y resiliencia sexual en el adolescente fueron adaptados siguiendo la metodología de Waltz et al. (2005) y Bullinger et al. (1998), 1) determinación de la información a ser buscada, 2) traducción del instrumento original, 3) revisión del instrumento por expertos, 5) elaboración de la primera versión del instrumento para su aplicación, 6) realización de la prueba piloto y 7) análisis de los resultados en función de la confiabilidad y validez.

Determinación de la información a ser buscada.

Esta etapa se realizó a través de la revisión de la literatura, en la cual se detecto que existía escasa investigación relacionada a los conceptos de interés y que no existían instrumentos que permitieran medir apoyo familiar y social para la conducta sexual segura y resiliencia sexual en el adolescente. Por tal motivo se decidió adaptar los instrumento para adolescentes mexicanos con el propósito de medir los conceptos seleccionados. Dentro de la revisión se detecto que la escala de apoyo social para VIH-Específica (Darbes y Russell, 2005) podría ser utilizada para su adaptación y con ello, medir los concepto de apoyo familiar y social de la conducta sexual segura. Asimismo, para el concepto de conducta sexual resiliente, se detecto que la escala de resiliencia (Wagnild & Young, 1993) al ser adaptada, permitiría medir el concepto.

Traducción del instrumento original.

La escala de apoyo social para VIH-Específica (Darbes & Russell 2005) se encontraba en el idioma Ingles, por lo cual, se realizó la traducción del mismo al Español por medio del método de Black-Translation en tres fases (Burns & Grove, 2009; Costa, & de Brito, 2002; Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993). La primera consistió en la traducción del instrumento al español por un traductor profesional, el cual es

profesional de la salud con amplia experiencia en traducciones, cuya lengua materna fue el español, el objetivo fue realizar la traducción lingüística, con enfoque en la gramática y la sintaxis; Segunda fase: se realizó la traducción de nuevo al inglés de la versión en español por un traductor profesional residente en Estados Unidos cuya lengua materna fue el inglés. Tercera fase: se realizó la revisión y comparación de las traducciones realizadas por dos profesionales expertos en la temática de prevención de VIH/SIDA en adolescentes para la obtención de la versión final y detectar diferencias y discrepancias entre ambas versiones. Flaherty et al. (1988) recomiendan realizar la validación semántica, por lo cual, la última versión se comparó con la original en inglés para determinar la equivalencia conceptual, realizándose una rigurosa revisión ítem por ítem para asegurar que las frases lingüísticas fueran apropiadas al contexto cultural y de esta manera eliminar los ítems sin equivalencia cultural.

Revisión del instrumento por expertos.

Se utilizó el método de consulta a expertos (Lynn, 1986) para realizar la validez de contenido de las escalas de provisión social para sexo seguro y resiliencia para sexo seguro, con el objetivo de determinar el grado en que el instrumento refleja dominio específico del contenido que se pretende medir, a través de 6 etapas que a continuación se explican.

Primera etapa: Adaptación de los instrumentos, fue realizado por un primer grupo de trabajo integrado por dos expertos de la disciplina de enfermería quienes realizaron la primera revisión de los instrumentos originales para evaluar si los ítems permitían medir la variable de estudio; posterior a ello, se adaptaron los instrumentos con preguntas dirigidas hacia sexo seguro, quedando de esta forma la primera versión de las escalas. Se decidió no incluir los ítems mi pareja y yo disfrutamos practicando el sexo seguro, me siento responsable de la salud y bienestar de mi pareja y fue una decisión mutua de mi pareja y mía de practicar sexo seguro en las subescalas adaptadas de apoyo familiar,

apoyo de los amigos y apoyo del proveedor de salud, ya que se consideró no eran pertinentes.

Segunda etapa: Selección de expertos, respecto al número de expertos, Lynn (1986) refiere que un grupo de cinco expertos puede ser metodológicamente fiable de acuerdo a los ítems que se pretendían evaluar. Por lo cual, el segundo grupo fue conformado por seis expertos, de ellos cinco eran de la disciplina de enfermería y uno de la disciplina de psicología, cuatro de ellos con grado académico de maestro en ciencias y dos con grado de doctor en ciencias. Un criterio fundamental para la selección de estos evaluadores se basó en la experiencia que tenían como investigador en la tema de prevención de VIH/SIDA en adolescentes.

Tercera etapa: Instrumentos, La escala de evaluación de cada ítem iba de 1–4, desde no relevante a muy relevante con puntuación máxima de 20. En cada ítems y al final del cuestionario se agregó un espacio en blanco para que los jueces añadiesen comentarios sobre otros aspectos de la provisión social y resiliencia para sexo seguro que no se hubieran contemplado y que sería importante incluir.

Cuarta etapa: Envío de los cuestionarios, los cuestionarios iban acompañado de un oficio de presentación de la investigación donde se explicaba el propósito de la misma. Así como, las instrucciones para contestar los cuestionarios. Se proporcionó un panorama general de los instrumentos que incluyó introducción, descripción del instrumento, definición operacional contexto, instrucciones, escala original y el cuestionario con los ítems adaptados.

Quinta etapa: Análisis de resultados, una vez recibido los cuestionarios de todos los jueces se analizó la información mediante el programa Excel, procediéndose a la tabulación de datos y análisis de los mismos. La validación por parte de los jueces consistió en presentar la evaluación de cada ítems desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Sexta etapa: Resultado, a continuación se describe los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a los jueces por cada una de las subescalas que integran la escala de provisión social para sexo seguro y resiliencia para sexo seguro. Se presentan en el orden antes mencionado. a) De los 19 ítems que conforman la subescala de apoyo familiar 16 ítems fueron valorados de bastante relevante y muy relevante y 4 como no seguro si es relevante o pertinente; b) de la subescala de apoyo de los amigos integrada por 18 ítems 14 fueron valorados de bastante relevante y muy relevante y 4 como no seguro si es relevante o pertinente y c) la escala de apoyo al proveedor de salud integrada por 19 ítems 11 fueron valorados de bastante relevante y muy relevante y 8 como no seguro si es relevante o pertinente. Cabe mencionar que para determinar la puntuación total se tomó en consideración la calificación emitida por los seis jueces para ítems y la puntuación obtenida por cada ítem, siendo la máxima 24.

Para la escala de resiliencia para sexo seguro se obtuvo los siguientes resultados a) la subescala de competencia personal constituida por dos subescalas obtuvo la siguiente calificación a) de los 25 ítems que integran la subescala competencia social 12 fueron valorados de bastante relevante y muy relevante y 5 como no seguro si es relevante o pertinente y b) los 8 ítems componen la subescala de aceptación de sí mismo y la vida 1 fue valorado de bastante muy relevante y 7 como no seguro si es relevante o pertinente.

Dentro de los resultados cualitativos de los jueces recomiendan:

a) algunos ítems presentan problemas de redacción que dificultan el entendimiento de los ítems, b) el nombre asignado a la escala de Provisión Social VIH-Específica era confuso, c) valorar la pertinencia en algunos ítems de colocar al final de la afirmación “si es necesario”, d) las preguntas en negativo pueden crear confusión en el participante al contestar el instrumento de medición, e) hacer hincapié en las instrucciones que son afirmaciones, f) agregar en las instrucciones que significa proveedor de salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos y con base a las sugerencias de los expertos se realizaron las modificaciones a los instrumentos que a continuación se mencionan.

Escala de provisión social para sexo seguro:

1) Se cambio el nombre de la escala a provisión social para sexo seguro, 2) en las instrucciones se le señala al participantes que son afirmaciones, 3) Se realizaron modificaciones a algunos reactivos que presentaban problemas de redacción como por ejemplo puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, 4) en la subescala apoyo familiar, se elimino el ítems me siento personalmente responsable de la salud y el bienestar de mi familia, ya que de acuerdo a la evaluación no proporcionaba datos relevantes, 5) de la subescala de apoyo de los amigos se eliminaron dos ítems me siento personalmente responsable de la salud y el bienestar de mis amigos y el afecto que siento por mis amigos me ayuda a practicar el sexo seguro, 6) en la subescala apoyo del proveedor de salud se elimino el ítem el afecto que siento por mi proveedor de salud me ayuda a practicar el sexo seguro, 7) en la instrucciones se definió la palabra proveedor de salud.

Escala de resiliencia para sexo seguro

1). Se realizaron modificaciones a algunos reactivos que presentaban problemas de redacción como por ejemplo confío en mi mismo para salir de situaciones de riesgo sexual.

Elaboración de la primera versión del instrumento para su aplicación.

Al finalizar las modificaciones sugeridas por los expertos se diseño el formato de los instrumentos como se aplicaría a los adolescentes, integrando las instrucciones para contestarlo. Se elaboró adicionalmente la cédula de datos para la aplicación del instrumento. Esto se realizó con el fin de saber el tipo de persona que contesta el instrumento.

Realización de la prueba piloto.

Se realizó la prueba piloto con el fin de determinar si las mediciones proporcionan datos suficientemente variados, identificar los componentes de los instrumentos que resulten difíciles de leer o comprender, conocer el tiempo de llenado y sugerencias para mejorar la redacción de los ítems.

Características sociodemográficas.

A continuación se presentan las características sociodemográficas de las muestras de acuerdo a las escalas analizadas.

Subescalas de apoyo familiar, apoyo de los amigos y apoyo del proveedor de salud.

La muestra estuvo conformada por 204 participantes de 17 a 24 años de edad ($\bar{X} = 19.38$, $DE = 1.42$); respecto al sexo 105 (51.5%) fueron mujeres y 99 (48.1%) hombres; el 38.2% fue estudiante del quinto semestre y en relación al estado civil el 56.9% es soltero y el 42.6% tienen una relación de noviazgo.

Subescala de apoyo a la pareja.

La muestra se integro por 235 participantes de 17 a 24 años de edad ($\bar{X} = 19.43$, $DE = 1.40$); en relación al sexo 140 (59.6%) fueron mujeres y 95 (40.4) hombres; el 40.4 % fue estudiante del quinto semestre y en relación al estado civil el 58.7% es soltero y el 40.9 % tienen una relación de noviazgo.

Escala de resiliencia para sexo seguro.

La muestra estuvo conformada por 247 participantes de 17 a 24 años de edad ($\bar{X} = 19.38$, $DE = 1.42$); respecto al sexo 148 (59.9%) fueron mujeres y 99 (40.1) hombres; el 39.3% fue estudiante del quinto semestre y en relación al estado civil el 59.9% es soltero y el 39.7 tienen una relación de noviazgo.