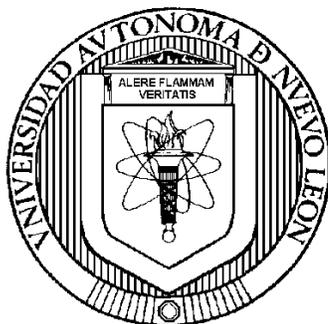


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA
PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES

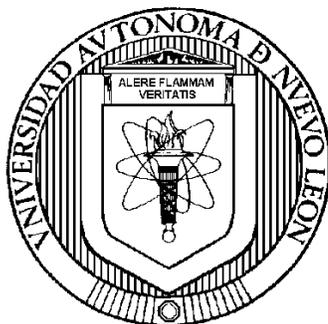
Por

MCE. MARÍA ANTONIETA OLVERA BLANCO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

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



TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA
PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Por

MCE. MARÍA ANTONIETA OLVERA BLANCO

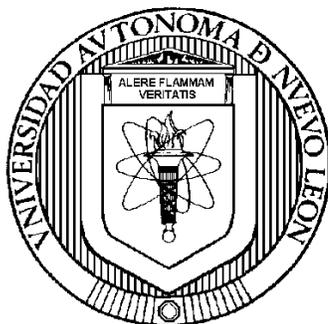
Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

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



TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA
PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Por

MCE. MARÍA ANTONIETA OLVERA BLANCO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA
PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Director de Tesis y Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Secretario

Esther Carlota Gallegos Cabriales, PhD
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do. Vocal

Dra. Fuensanta López Rosales
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Rector de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Dr. Jesús Ancer Rodríguez por su apoyo a los trabajadores universitarios, quienes están interesados en la superación profesional de cualquier nivel académico.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca proporcionada para la realización de mis estudios doctorales.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería, UANL y al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, quienes me brindaron su apoyo para seguir con mis estudios doctorales.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por brindarme la valiosa oportunidad de culminar con esta meta propuesta desde hace varios años.

A mi directora de tesis, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, quien con su alto sentido humano y su formación integral, fue pilar en mi formación durante el doctorado. Mil gracias doctora, por siempre creer en mi capacidad, se lo agradezco de todo corazón. Le deseo mucho éxito tanto en su vida personal como profesional.

A la Dra. Laura de la Garza del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien me abrió las puertas del IMSS para realizar mi tesis doctoral. También a todo el equipo multidisciplinario del instituto, quienes me apoyaron tenazmente para que recolectara los datos de mi tesis.

A los asistentes de investigación, Jovita González, Humberto Reyna y Jesús Ramírez Olvera, quienes sin su apoyo, profesionalismo y entrega no hubiera avanzado rápidamente durante el levantamiento de datos y los seguimientos de los adolescentes del estudio.

A toda la plantilla de Doctores de la Facultad de Enfermería, UANL, mil gracias por compartir sus conocimientos, experiencias, consejos y tiempo brindado, para concluir con este estudio.

Al personal de enfermería y administrativo del Centro Universitario de Salud, UANL, por su apoyo incondicional, amistad, consejos y conocimientos compartidos en esta etapa final del doctorado.

A mis amigos Benito Carlos Lugo Sandoval y Cynthia de Lugo por su dedicación con los diseños gráficos de mi tesis doctoral.

A mis amigos de la FAEN que me extendieron su mano en el momento que más los necesité, muy en especial al Mtro. Ezequiel, Ing. Alejandro y Raymundo García.

A los doctores Ricardo Cerda y Velia Margarita Cárdenas, quienes siempre me alentaron a cumplir esta importante meta profesional en mi vida.

A mis queridas amigas Dra. Rosa María C. Castruita, MCE. Miriam Aideé Aguilar, MCE. Tere Salas, Dra. Luvia Castillo Arcos y MSP. Verónica Velasco Villaseñor, por todos sus lindos consejos que me alentaron a ser una mejor estudiante.

Dedicatoria

A mi lindo Dios porque siempre ha sido mi refugio y no permite que caiga en los momentos de tribulación, al contrario, me envía fuerza y bendiciones para superar cualquier obstáculo de mi vida.

A mis padres Magdalena y Francisco, quienes siempre han confiado en mí en todos los aspectos; sin ustedes, no lo hubiera logrado.

A mi esposo Armando, por su amor, su paciencia inagotable, comprensión, confianza y apoyo para seguir superándome como profesional; te amo amor.

A mi nena hermosa Samantha Ramírez, quien formó parte de mi preparación como doctora. Samy te amo con todo mi corazón.

A mi suegra María Inés, quien siempre confió en mí y me alentaba a que no desfalleciera con el poder de sus oraciones.

A mis familias Olvera y Ramírez, quienes siempre comprendieron la gran responsabilidad que adquirí y estuvieron ahí para apoyarme cuando más los necesité; los quiero familia.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	8
Derivación de la teoría de rango medio	18
Modelo de transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual	22
Estudios relacionados	24
Factores de la organización	25
Sistema de apoyo al profesional de salud	27
Sistema de entrega	32
Actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención	39
Intervenciones conductuales protectoras del riesgo sexual	42
Síntesis de la revisión bibliográfica	47
Objetivos	49
Hipótesis	49
Definición de términos	51
Capítulo II	
Metodología	54
Diseño del estudio	54
Población	55
Criterios de inclusión	56
Criterios de exclusión	56
Instrumentos para el profesional de salud	56
Instrumentos para el adolescente	58

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Procedimiento de selección de participantes y recolección de información	62
Selección de profesionales de salud	63
Selección de adolescentes	64
Consideraciones éticas	65
Consideraciones éticas para el profesional de salud	66
Consideraciones éticas para el adolescente	67
Análisis de datos	68
Capítulo III	
Resultados	70
Características sociodemográficas de los profesionales de salud	70
Componentes para la transferencia del conocimiento	71
Factores de la organización	71
Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS	77
Sistema de entrega hacia la CPRS	79
Distribución de los componentes para la transferencia del conocimiento	86
Características sociodemográficas de los adolescentes	87
Conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes	87
Distribución hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes	101
Resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis del estudio	104

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	142
Conclusiones	149
Recomendaciones para la práctica clínica	150
Recomendaciones para la investigación	151
Referencias	152
Apéndices	
A. Guías de práctica clínica	171
B. Sesiones del programa JUVENIMSS	175
C. Estructura teórica conceptual empírica para la transferencia del Conocimiento	176
D. Información del profesional de salud	177
E. Medición de los componentes de implementación	178
F. Lista de cotejo de las sesiones del programa JUVENIMSS	179
G. Unidades de salud con el programa JUVENIMSS	182
H. Formulario de registro del adolescente	183
I. Evaluación de las actividades	184
J. Actitud positiva hacia el uso del preservativo y planificación de las relaciones sexuales (EAP)	185
K. Subescala de normas subjetivas	186
L. Escala de autoeficacia para la prevención del Sida (SEA-27)	187
M. Escala de intención	188

Tabla de Contenido

Contenido	Página
N. Escala de conducta sexual para adolescentes (mujeres)	189
O. Escala de conducta sexual para adolescentes (hombres)	190
P. Escala de conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS para Adolescentes	191
Q. Oficio de autorización por el Instituto Mexicano del Seguro Social	192
R. Consentimiento informado del profesional de salud	193
S. Consentimiento informado del padre o tutor	196
T. Asentimiento informado del adolescente	199

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Porcentajes de las unidades de salud	55
2. Consistencia interna del instrumento para profesionales de salud	57
3. Coeficientes de confiabilidad de los instrumentos para los adolescentes	62
4. Características sociodemográficas de los profesionales de salud	70
5. Factores de la organización: recurso humano	72
6. Factores de la organización: apoyo administrativo	73
7. Factores de la organización: gestión del personal administrativo	75
8. Factores de la organización: liderazgo	76
9. Sistema de apoyo del profesional de salud hacia la CPRS: entrenamiento	77
10. Sistema de apoyo del profesional de salud hacia la CPRS: supervisión/asistencia técnica	79
11. Sistema de entrega hacia la CPRS: evaluación del desempeño del profesional de salud	80
12. Sistema de entrega: implementación a nivel organizacional	82
13. Sistema de entrega: implementación a nivel del programa JUVENIMSS	83
14. Sistema de entrega: personal relacionado con la implementación	84
15. Sistema de entrega: población beneficiada	85
16. Índices de las subescalas de los componentes para la transferencia del conocimiento	86
17. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: componentes para la transferencia del conocimiento	86

Lista de Tablas

Tabla	Página
18. Evaluación de las actividades por los adolescentes del programa JUVENIMSS	88
19. Evaluación de las actividades por los adolescentes en relación a los profesionales de salud del programa JUVENIMSS	89
20. Actitud hacia la conducta protectora del riesgo sexual	90
21. Norma subjetiva hacia la conducta protectora del riesgo sexual	91
22. Autoeficacia hacia la conducta protectora del riesgo sexual	92
23. Intención hacia la conducta protectora del riesgo sexual	93
24. Clasificación de la conducta sexual hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes	94
25. Clasificación de la conducta sexual del adolescente respecto a las relaciones anales y orales	96
26. Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS	98
27. Índices de los instrumentos hacia la conducta protectora del riesgo Sexual	101
28. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: conducta protectora del riesgo sexual	101
29. Prueba t de Student hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes	102
30. Índices de los componentes para la transferencia del conocimiento por unidad de salud	105
31. Índices de factores de la conducta planeada hacia la CPRS y la evaluación de las actividades por los adolescentes por unidad de salud	108

Lista de Tablas

Tabla	Página
32. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US	111
33. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 3	113
34. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 6	115
35. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 27	116
36. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 29	117
37. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 36	118
38. Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 37	118
39. Prueba multivariada de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS	119

Lista de Tablas

Tabla	Página
40. Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS	120
41. Prueba multivariada del sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS	121
42. Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple del sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS	122
43. Prueba multivariada de los factores de la organización, el sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS	122
44. Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS	123
45. Matriz de Coeficientes de Correlación de Spearman para los componentes para la transferencia del conocimiento	125
46. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con apoyo administrativo y entrenamiento	126
47. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con apoyo administrativo y entrenamiento	127
48. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con apoyo administrativo y supervisión/asistencia técnica	128

Lista de Tablas

Tabla	Página
49. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con apoyo administrativo y supervisión/asistencia técnica	129
50. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con gestión del personal administrativo y entrenamiento	130
51. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con gestión del personal administrativo y entrenamiento	131
52. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con gestión del personal administrativo y entrenamiento	132
53. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con gestión del personal administrativo y supervisión/asistencia técnica	133
54. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con liderazgo y entrenamiento	134
55. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con liderazgo y entrenamiento	135
56. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con liderazgo y supervisión/asistencia técnica	136

Lista de Tablas

Tabla	Página
57. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con liderazgo y supervisión/asistencia técnica	137
58. Matriz de Coeficientes de Correlación de Spearman hacia la conducta protectora del riesgo sexual	139
59. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes primera y segunda medición	140

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Relación entre el sistema basado en la evidencia para el apoyo de la innovación y el modelo del sistema interactivo	14
2. Teoría de la conducta planeada	17
3. Teoría de rango medio para la transferencia del conocimiento	24
4. Estimación del promedio de la norma subjetiva en la primera y segunda medición	103
5. Estimación del promedio de la conducta sexual en la primera y segunda medición	104

Resumen

María Antonieta Olvera Blanco
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha: Julio, 2014

Título del Estudio: TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Número de Páginas: 222

Candidato para Obtener el
Grado de Doctor en Ciencias
de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue identificar los elementos que operan en el proceso de transferencia y cómo influyen en el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual para ITS/VIH/Sida en adolescentes del programa JUVENIMSS de acuerdo a las unidades de salud involucrados en el programa. Se plantearon tres objetivos: 1) Identificar la transferencia del conocimiento por unidad de salud; 2) Identificar la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes por unidad de salud; 3) Determinar diferencias en la conducta protectora del riesgo sexual de acuerdo a la unidad de salud correspondientes a la primera y segunda medición. Así mismo, tres hipótesis generales: 1) Los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la conducta protectora del riesgo sexual; 2) El sistema de apoyo al profesional de salud influye positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual; 3) Los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual. El diseño del estudio fue correlacional. Los participantes en el estudio fueron 122 profesionales de salud y 298 adolescentes que correspondieron al censo de participación en el programa. La recolección de datos para los profesionales de salud involucrados en el programa fue solamente una medición y para los adolescentes fueron dos mediciones, una medición basal y otra tres meses posteriores a la primera medición. Para el análisis de los objetivos se realizó estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney). Para probar las hipótesis, se usó la Regresión Lineal Múltiple.

Contribución y Conclusiones: La US 27 fue la que presentó medias más altas en los componentes de la transferencia del conocimiento, la media de los factores de la organización se situó en 65.57 ($DE=20.97$), el sistema de apoyo en 59.49 ($DE=31.90$) y el sistema de entrega en 58.01 ($DE=21.63$). En relación a la conducta protectora del riesgo sexual en adolescentes, los dos puntajes más altos pertenecieron a la autoeficacia que correspondió a 73.25 ($DE=16.51$) y la intención se ubicó en 89.51 ($DE=14.55$). Los adolescentes que recibieron las sesiones del programa JUVENIMSS por los profesionales de la US 27, presentaron mayores puntajes en la evaluación de las actividades ($p<.05$), la norma subjetiva ($p<.05$), la autoeficacia ($p<.05$) y la intención ($p<.05$), en comparación con el resto de las unidades. En la hipótesis uno, se observó que

el liderazgo tiene un efecto sobre la supervisión/asistencia técnica, el cual se explica en un 27.3% ($F_{[3,102]}=12.79, p<.001$), por lo tanto la hipótesis se acepta parcialmente. En la hipótesis dos, se observó que el sistema de apoyo explica el 50.6% de la varianza sobre la evaluación del desempeño ($F_{[2,114]}=58.46, p<.001$) y el 32.4% de la varianza sobre la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,114]}=27.36, p<.001$), por lo tanto la hipótesis se acepta parcialmente. En la última hipótesis, los resultados obtenidos mostraron que los factores de la organización y el sistema de apoyo explicaron el 60% de la varianza sobre la evaluación del desempeño ($F_{[5,99]}=29.70, p<.001$) y el 64.7% de la varianza sobre la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[5,99]}=36.31, p<.001$), la hipótesis se acepta parcialmente. El proceso de la transferencia del conocimiento requiere de tres sistemas, en el presente estudio si bien, estos tres sistemas se relacionan entre sí, la transferencia de conocimiento para la prevención de ITS/VIH/Sida en adolescentes que participaron en el programa JUVENIMSS está determinada por el apoyo administrativo, el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica. Los hallazgos del estudio se consideran relevantes para los tomadores de decisiones del IMSS, se requiere diseñar estrategias que faciliten la transferencia del conocimiento a la práctica con la finalidad de lograr que los adolescentes participantes en el programa JUVENIMSS incrementen las medidas de prevención para ITS/VIH/Sida y conductas protectoras del riesgo sexual.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La transferencia del conocimiento es un proceso poco comprensible sobre la utilización del conocimiento proveniente de los avances científicos hacia la práctica. Los Institutos Canadienses de Investigación para la Salud (Canadian Institutes of Health Research [CIHR por sus siglas en inglés], 2007) manifiestan que existen diversas terminologías que hacen referencia a la transferencia del conocimiento, tales como implementación, diseminación, difusión, utilización/uso de la investigación, conocimiento para la acción, intercambio de conocimientos y comercialización. El conocimiento se define como un resultado de la evidencia y experiencia del ser humano (De Long & Fahey, 2000). El conocimiento se considera como el recurso más valioso dentro de una organización (Wasko & Faraj, 2000).

A pesar que el conocimiento está disponible para su uso en la práctica por los profesionales de salud, se desconocen los mecanismos de transferencia que se utilizan para aplicar dicho conocimiento a la población vulnerable. Independientemente del nombre atribuido a la transferencia del conocimiento, el proceso busca aproximar la evidencia científica a los terrenos prácticos donde se pueda utilizar en beneficio de las poblaciones más vulnerables ante problemas de riesgo sexual; se requiere pasar del plano de lo que se sabe (conocimiento) a cómo realizarlo dentro del ejercicio profesional en busca de los mejores resultados en salud.

De acuerdo a Fixsen et al. (2009) y al CIHR (2012) la transferencia del conocimiento ocurre en varias fases, que involucran: exploración, instalación, implementación inicial, implementación completa, innovación y sostenimiento. Los autores sugieren considerar los siguientes aspectos para cada una de las fases: a) en la exploración se debe identificar la necesidad de la organización o comunidad para llevar a cabo la innovación; b) la instalación requiere de recursos humanos, financieros, materiales e infraestructura necesarios para el programa; c) en la implementación inicial

los proveedores están aprendiendo nuevas temáticas, estrategias de enseñanza y los cambios que ocurren dentro de su área laboral y en algunas ocasiones es considerada como la etapa difícil; d) la implementación completa se presenta cuando el aprendizaje es puesto en marcha por el proveedor y de manera rutinaria en la organización; e) la innovación indica que ya puede estar en algún lugar específico para empezar a dar resultados favorables en la población; y f) el sostenimiento del programa se considera a partir de los 2 años; esta fase toma en cuenta los posibles problemas que se pueden presentar, por ejemplo, rotación de personal, entrenar al nuevo personal, falta de recursos, reentrenar al personal existente, definir los momentos de evaluación por cada cohorte y no perder la esencia del programa.

Por su parte Wandersman et al. (2008, 2012) a través del Modelo del Sistema Interactivo retoma los aspectos considerados en las fases propuestas por Fixsen et al. (2009) y establece que el proceso de transferencia del conocimiento involucra tres sistemas: 1) síntesis y sistema de transferencia; 2) sistema de apoyo; 3) sistema de entrega. En el primer sistema se considera a toda la información disponible que proviene de meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, programas, etc., la cual se encuentra disponibles para ser implementada por los profesionales de salud. El segundo sistema, comprende a los aspectos relacionados con la parte del entrenamiento de los profesionales de salud que participarán en un programa y la supervisión/asistencia técnica se considera a los recursos disponibles (reentrenamiento, entrenamiento al nuevo personal, apoyo emocional y solución de problemas) para utilizar el programa. El tercer sistema, implica a la realización del programa en algún lugar específico para que la población reciba los beneficios propuestos.

Con la finalidad de identificar el proceso de transferencia en un programa de salud, se tomó de referencia el programa JUVENIMSS. Este programa se inició en el 2007 a Nivel Nacional (México) y Estatal (Nuevo León) por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2011). Los fundamentos de este programa radican

en Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica, estudios de investigación y datos estadísticos a nivel nacional. El programa contiene 16 sesiones educativas con una duración de una hora por sesión donde se incluye información relacionada con valores, autoestima, drogadicción, entre otras; sin embargo, para fines de este estudio sólo se analizó el proceso de transferencia de tres sesiones las cuales corresponden a la prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva. Los profesionales de salud cumplen con la función de orientar en la prevención de algunas situaciones relacionadas con los adolescentes como el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados; así como habilidades y conocimientos sobre el uso correcto del condón.

Asimismo, se consideró pertinente revisar la literatura en organismos que difunden la evidencia científica para la reducción del riesgo sexual en los adolescentes, a través de resultados de Intervenciones Conductuales Basadas en la Evidencia (EBIs por sus siglas en inglés), Guías de Práctica Clínica (GPC), Normatividad Sanitaria y datos estadísticos. Las EBIs corresponden a intervenciones sustentadas en la mejor evidencia proveniente de meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, programas, buenas prácticas, políticas y directrices orientadas a la reducción del riesgo sexual en adolescentes (Burns & Grove, 2009; Rabin, Brownson, Haire-Joshu, Kreuter & Weaver, 2008).

La mejor evidencia que apoya a las EBIs respecto al VIH/Sida está basada en siete intervenciones conductuales llamadas Clear/Clean, Cuídate, Focus on Youth, Nia, AIM, Sihle y Street Smart (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC por sus siglas en inglés], 2012); todas ellas dirigidas a reducir conductas de riesgo relacionadas al VIH/Sida, ITS o embarazos no planeados en adolescentes, a través del desarrollo de destrezas y conocimientos necesarios para protegerse a sí mismos y a sus parejas sexuales (Clark et al., 2005; Comulada et al., 2003; DiClemente et al., 2004; Lightfoot, Swendeman, Rotheram-Borus, Comulada & Weiss, 2005; Gallegos et al.,

2008; Lightfoot et al., 2005; Rotheram-Borus et al., 2003; Villarruel, Jemmott & Jemmott, 2006).

Respecto a las GPC, los avances científicos y tecnológicos las han convertido en parte integral del ejercicio profesional. Éstas corresponden a declaraciones desarrolladas sistemáticamente dirigidas a los proveedores de salud para tomar decisiones sobre la atención en los adolescentes en circunstancias de riesgo para prevenir el VIH/Sida, ITS y embarazos no planeados (CIHR, 2010). En la revisión de la literatura se localizaron 129 GPC con temáticas similares enfocadas a ITS, VIH y planificación familiar desarrolladas en los últimos cinco años, la mayoría con el nivel de evidencia 1, de las cuales se revisaron las últimas actualizaciones de los países de México, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá (Bauer, Travers, Scanlon & Coleman, 2012; Canadian AIDS Society, 2005; CDC, 2008; Champion & Collins, 2012; Grant, 2009; Ho & Lukehart, 2011; IMSS & SS, 2008, 2009, 2010; Johnston, Koelle & Wald, 2011; Mladenovic, 2010; Mont et al., 2005; National Guideline Clearinghouse [NGC por sus siglas en inglés], 2007; Nueva Gales del Sur de Australia [NSW por sus siglas en inglés], 2011; Reino Unido, 2008, 2010, 2012; Warner, Gallo & Macaluso, 2012; Workowski, Berman & CDC, 2010); las GPC a nivel Internacional y Nacional localizadas fueron 16 relacionadas a las temáticas de prevención de VIH, ITS y anticoncepción; las cuales se pueden apreciar en el Apéndice A.

A nivel mundial, existen organismos legisladores encargados de brindar soporte al equipo multidisciplinario para prevenir y afrontar riesgos relacionados con la salud de las poblaciones. Dentro de los organismos rectores se encuentran la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerios de Salud, Secretaría de Salud, entre otros; los cuales emiten directrices, normas, reglamentos y legislaciones. En el caso de México, se cuenta con las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) que garantizan la protección de las personas en aspectos relacionados con prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de las

enfermedades. Las NOMs se consideran de carácter obligatorio en las instituciones de salud (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012), existen alrededor de 184 NOMs de las cuales tres se enfocan en las temáticas relacionadas al VIH/Sida, ITS y planificación familiar (NOM-039-SSA2-2002; NOM-010-SSA2-1993; NOM-005-SSA2-1993).

Los resultados de investigaciones que han contemplado contenidos de las NOMs, muestran que los adolescentes continúan con prácticas sexuales de riesgo sin protección a pesar que poseen conocimientos sobre la seguridad de los condones (García et al., 2011; Leyva-López et al., 2010; Suárez, 2009). Asimismo, que los adolescentes no acuden a las unidades de salud para detectar si han adquirido alguna ITS o si están embarazadas (Alaniz, Flores & Salazar, 2009; Pérez & Pick, 2006; Quintino, Rivera, Rodríguez & Leyva, 2009; Sirotin et al., 2010; Noyola, Malacara-Alfaro, Lima-Rogel & Torres-Montes, 2006), por no utilizar algún método de planificación familiar (Patiño, Álvarez & Rivera, 2010). Si bien, se dispone de una amplia evidencia científica relacionada a la prevención de infecciones sexuales, en nuestro país existe la necesidad que este conocimiento sea transferido a la práctica debido a que sólo coexisten esfuerzos donde se han realizado intervenciones en adolescentes mexicanos sin considerar todo el proceso de transferencia del conocimiento.

De las intervenciones que han probado su efectividad para disminuir el riesgo sexual en esta población y los casos de infecciones por VIH/Sida e ITS (Givaudan, Leenen, Van De Vijver, Poortinga & Pick, 2008; Martínez-Donate et al., 2004; Villaruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010), se ha documentado que al término de las intervenciones, no se han mantenido en forma permanente en los lugares donde fueron aplicadas. Lo anterior puede atribuirse a diversas causas como falta de apoyo por parte del investigador, falta de difusión del conocimiento de la innovación, la actitud de los proveedores hacia la innovación, la resistencia al cambio en la práctica y el contexto de la organización (Benavides, 2011; Burns & Grove, 2009; Dusenbury, Branningan, Falco

& Hansen, 2003; Fagan, Hanson, Hawkins & Arthur, 2008; Mueller et al., 2009; Wiltsey et al., 2012); poco se sabe acerca de los elementos que están inmersos en el proceso de transferencia del conocimiento a la práctica.

Los datos estadísticos continúan reflejando incremento en los casos de VIH/Sida. La Organización Mundial de la Salud (2012) estimó que a finales del año 2010 existían 34 millones de personas con el VIH/Sida, en comparación con los 26.2 millones que fueron reportados en 1999, lo que indica un incremento del 27% en la población total y un aumento del 5% en los adolescentes. Se estima que a nivel mundial, existen alrededor de 6,000 personas mayores de 15 años de edad que se infectan diariamente con este virus, de las cuales más del 41% tiene entre 15 y 24 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA por sus siglas en inglés], 2004; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA por sus siglas en inglés], 2010). De acuerdo con estas cifras, las infecciones por VIH/Sida son un riesgo para los adolescentes y un significativo problema para este grupo poblacional.

Se reportan 2.1 millones de personas menores de 15 años infectados por este virus (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS por sus siglas en inglés], 2009; World Health Organization [WHO], 2012), además un menor de 15 años muere cada minuto a causa de este virus (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés], 2010). En América Latina, México ocupó el segundo lugar en casos por VIH/Sida en el año 2009, de los cuales el 48.6% de los casos se infectaron durante la adolescencia y el 90% de los casos sucedió por contacto sexual según reportes del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA, 2009, 2010). La información previa refleja que el VIH/Sida es un problema de salud pública que se concentra en las poblaciones de mayor riesgo, entre las que destacan los adolescentes a partir de los 15 años de edad.

La Organización Panamericana de la Salud (2010) y la Secretaría de Salud (SS; 2008) señalan que los adolescentes que practican relaciones sexuales se exponen a las

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no planeados, lo que afecta a uno de cada 10 adolescentes a partir de los 15 años y su prevalencia en México se ubica en 9.8% (Córdova, Ponce de León & Valdespino, 2009). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) reporta que la ITS más frecuente en los adolescentes de 15 a 19 años de edad fue la candidiasis urogenital, cuya tasa de incidencia correspondió a 206.96 por cada 100,000 habitantes, seguida por el virus del papiloma humano con tasa de 11.48 y finalmente la sífilis con tasa de 5.72. De igual manera, el INEGI (2010) reporta que ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales el 71.8% se presentaron en mujeres de 15 a 29 años de edad, donde el 22.7% correspondió a madres adolescentes de 15 a 19 años. Por lo tanto, uno de cada cinco nacimientos aconteció en este grupo de edad.

Los adolescentes al encontrarse en un período de transición entre la infancia y la edad adulta, tienden a experimentar formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin percibir el peligro. Existen diversos factores que ponen en riesgo elevado a los adolescentes para contagiarse de VIH/Sida e ITS, como la falta de información de cómo protegerse del VIH, el inicio de vida sexual en edad más temprana (Ayala-Castellanos, Vizmanos-Lamotte & Portillo-Dávalos; Encuesta Nacional de la Juventud [ENJ], 2011; Encuesta de Salud en Escolares en México [ENSE], 2008), el uso inconsistente del condón (Castro, Caldera, Benavides & Salas, 2011; Jiménez, 2010; Peralta & Rodríguez, 2007; Piña, 2009), tener sexo bajo los efectos de alguna droga (Piña, 2009) y multiplicidad de parejas sexuales (Piña, 2009; Robles, Piña & Moreno, 2006). De acuerdo a lo anterior, los adolescentes requieren de atención específica basada en evidencia científica de intervenciones para prevenir conductas sexuales de riesgo.

De acuerdo a lo anterior, se consideró pertinente el modelo de Wandersman et al. (2008, 2012) para dirigir el presente estudio, con la finalidad de identificar el proceso de transferencia del conocimiento llevado a cabo por el programa JUVENIMSS, que considera aspectos relacionados con la prevención de VIH/Sida/ITS, salud sexual y

reproductiva. Los fundamentos de este programa radican en NOMs, GPC, estudios de investigación y datos estadísticos a nivel nacional; la finalidad del programa es identificar conductas de riesgo en los adolescentes. Aunado a esto, la Teoría de la Conducta Planeada ([TCP]; Ajzen, 1991) fue utilizada para determinar si el adolescente utiliza los conocimientos, las habilidades, los recursos o se abstiene en sus relaciones sexuales como respuesta a su aprendizaje por su participación en el programa JUVENIMSS.

Estos dos componentes teóricos se integraron a través de una teoría de rango medio que permita medir las variables involucradas en el proceso de transferencia del conocimiento para el desarrollo de conductas protectoras sexuales para VIH/Sida e ITS. De acuerdo a lo anterior, la presente investigación tuvo como propósito identificar los elementos que operan en el proceso de transferencia y cómo influyen en el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual para ITS/VIH/Sida en adolescentes del programa JUVENIMSS de acuerdo a las unidades de salud involucrados en el programa.

Marco teórico conceptual

El presente estudio consideró como referencia el programa JUVENIMSS, el Modelo del Sistema Interactivo de Wandersman et al. (2008, 2012) y la TCP de Ajzen (1991); por último, se presenta la teoría de rango medio para la transferencia del conocimiento.

Programa JUVENIMSS.

El programa JUVENIMSS es establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde el 2007 a la fecha. Éste se ofrece a las instituciones educativas localizadas en las áreas de influencia de la unidad de salud para derechohabientes y no derechohabientes. El programa tiene como finalidad identificar conductas de riesgo en los adolescentes. La base del conocimiento del programa radica en guías de práctica clínica, normas oficiales mexicanas, estudios experimentales y reportes estadísticos. El programa consiste en 16 sesiones con una duración de una hora cada una, los temas

están enfocados en la prevención de enfermedades, salud reproductiva, salud sexual, valores, autoestima, consejería, entre otros. Tres sesiones consideran la información relacionada con la prevención del VIH/Sida e ITS, conocimiento y práctica para el uso correcto del condón y salud reproductiva (Apéndice B). Las sesiones se imparten a grupos integrados por adolescentes entre 10 y 19 años, a través de las cuales se busca proporcionar herramientas e información necesaria que les permitan ser adolescentes saludables y con las posibilidades de tener un óptimo desarrollo.

Cada grupo se integra con un mínimo de 10 y un máximo de 30 adolescentes. Una vez iniciada la primera sesión no se permite el acceso a nuevos adolescentes, debido a que los temas tienen continuidad desde el principio del programa. Éste se imparte a los adolescentes de sexto año de primaria, secundaria y preparatoria, se buscan espacios para brindar el programa, los cuales tienen la característica de ser seguros con un ambiente de respeto y cordialidad de manera que los adolescentes se sientan con más confianza entre ellos mismos para tratar temas personales relacionados con su salud. En el programa JUVENIMSS participan profesionales de salud como enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, odontólogos y psicólogos. Este equipo cumple con la función de orientar en la prevención de algunas situaciones relacionadas con los adolescentes como el riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, drogas, etc.

Para la impartición de las sesiones, los profesionales cuentan con materiales educativos como condones, lubricantes, lotería, rota folios, plumones, guía para el cuidado de la salud del adolescente de 10 a 19 años. Los temas son proporcionados en forma amena, dinámicos y con juegos para favorecer el aprendizaje significativo y la participación activa de los adolescentes. Este precedente sobre el programa JUVENIMSS sirve para conocer la información existente que se imparte a este grupo poblacional para disminuir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes; sin embargo, es necesario conocer cómo opera el proceso de transferencia en la práctica y cuál es el efecto en la conducta protectora del riesgo sexual. Ante ello, se considera

pertinente el Modelo del Sistema Interactivo (Wandersman et al., 2008, 2012), para explicar los aspectos prioritarios para cerrar la brecha entre los avances científicos actuales y su aplicación en la práctica clínica.

Modelo del sistema interactivo.

El Modelo del Sistema Interactivo de Wandersman et al. (2008, 2012) está conformado por tres sistemas: 1) síntesis y sistema de transferencia; 2) sistema de apoyo; y 3) sistema de entrega (implementación) para la innovación. En la Figura 1 se observa la interacción que existe entre los tres sistemas que permiten la implementación de la innovación y obtener resultados en beneficio de la población.

Síntesis y sistema de transferencia.

La síntesis y sistema de transferencia se refiere a la evidencia científica disponible para ser usada por los profesionales de salud. Durante este sistema se identifica y se determina el nivel de la evidencia disponible para ser transferida a la práctica con la finalidad de solucionar las necesidades en salud de la población. En este sistema los factores organizacionales juegan un rol fundamental, se requiere inspeccionar o explorar los aspectos de la organización que pueden influir positiva o negativamente en la transferencia del conocimiento (Wandersman et al., 2008, 2012). Fixsen et al. (2005, 2009) señalan la importancia sobre la exploración del medio organizacional y/o el lugar de aplicación de la innovación para detectar la situación actual relacionada con el problema de salud, así como la manera de abordarlo en beneficio de la población considerando los recursos disponibles.

Los factores de la organización se refieren a las características de la organización que facilitan la transferencia de la evidencia científica (Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh et al., 2004; Wandersman et al., 2008) incluyen: 1) factores generales de la organización; 2) prácticas y procesos de la organización; y 3) consideraciones específicas del recurso humano. Estas características son las siguientes: 1) Los factores generales de la organización, precisan la variedad de las características para la

transferencia del conocimiento, incluye clima organizacional, normas, integración de la innovación y visión compartida. El clima organizacional es la existencia del medio favorable para llevar a cabo la transferencia de la evidencia; las normas de la organización permiten el cambio considerando que la innovación es favorable para la organización y la población; la integración de la innovación implica seleccionar la innovación que mejor se adecúe a las necesidades de la población; y finalmente la visión compartida implica la necesidad de congruencia entre la visión de la organización con la innovación.

2) Las prácticas y procesos de la organización son las actividades específicas para lograr las metas, involucra diferentes procesos como la toma de decisiones, la gestión del personal administrativo, la comunicación y la formulación de tareas. La toma de decisiones es la selección respecto al recurso humano, dotación de materiales y espacios físicos para la aplicación de la innovación; la gestión del personal administrativo implica unir fuerzas entre las partes interesadas para la difusión y aplicación de la innovación; la comunicación efectiva es el medio de transmitir y recibir información entre los departamentos de la organización en relación con la planeación, ejecución y sostenimiento de la innovación; y por último, la formulación de tareas contiene la especificación de las actividades y responsabilidades para ejecutar cada tarea requerida para la innovación.

3) Consideraciones específicas del recurso humano se refiere a la dotación de personal necesario con habilidades específicas. Los agentes de cambio, el liderazgo y el apoyo administrativo son aspectos relevantes en relación con los recursos humanos. Los agentes de cambio son las personas interesadas en participar en la nueva innovación; el liderazgo es el conjunto de habilidades que poseen los agentes de cambio para influir en las personas a favor de la nueva innovación; el apoyo de los administradores es la ayuda que los administradores proporcionan para facilitar la funcionalidad de la innovación a través del compromiso permanente con la innovación. La síntesis y sistema de

transferencia constituyen la base y punto de conexión para el sistema de apoyo; de acuerdo al modelo existe bidirección entre estos dos sistemas.

Sistema de apoyo.

El sistema de apoyo se refiere a la creación de la capacidad en los profesionales de salud para la ejecución de la innovación (Durlak & DuPre, 2008; Wandersman et al., 2008, 2012). El sistema de apoyo esta dado por la capacidad general y la capacidad específica de la innovación. La capacidad general indica los aspectos para mejorar la infraestructura, habilidades y motivación del recurso humano para la ejecución de la innovación. La capacidad específica de la innovación está determinada por el entrenamiento y la asistencia técnica. El entrenamiento provee la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes al profesional de salud para la realización de la innovación. Villarruel, Gal, Eakin, Wilkes y Herbest (2010) sugieren que el personal que brinda el entrenamiento, debe dominar los contenidos de la innovación para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje y permitir al entrenado practicar las actividades hasta que refleje la adquisición de habilidades.

La asistencia técnica implica la combinación de recursos disponibles que se ofrecen a los profesionales de salud para el funcionamiento de la innovación la cual puede incluir reentrenamiento en ciertas habilidades, entrenamiento al nuevo equipo, apoyo emocional y mecanismos para promover la solución de problemas (Durlak & DuPre, 2008; Wandersman, Chien & Katz, 2012). Fixsen et al. (2005, 2009) aportan que en este sistema se deben considerar los recursos humanos, financieros y materiales antes de la puesta en marcha de la innovación; es prioritario tener personal disponible y recursos para programar el entrenamiento donde el profesional de salud podrá modelar sus conocimientos adquiridos y desempeñar mejor su función durante el uso de la innovación. El sistema de apoyo de la capacidad específica de la innovación sirve para formar un puente de interacción bidireccional y brindar soporte al sistema de entrega.

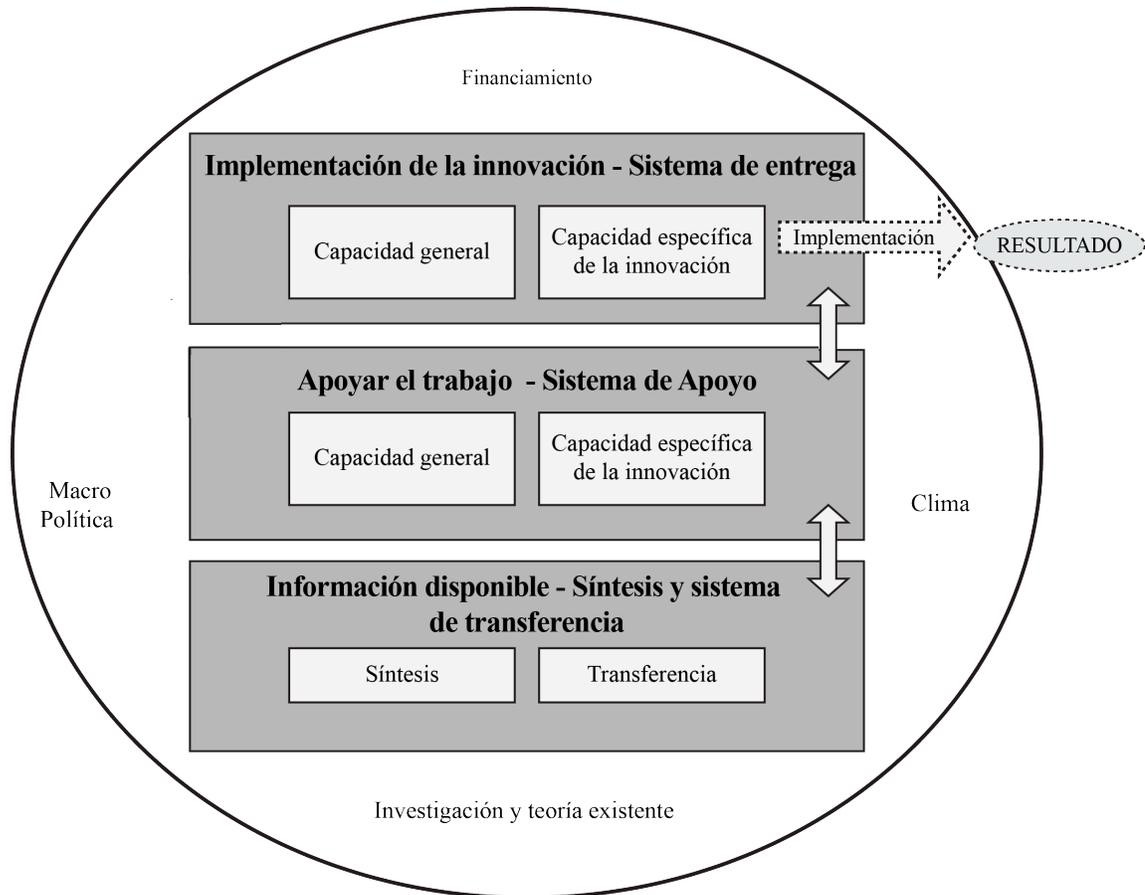
Sistema de entrega.

El sistema de entrega proporciona la pauta para usar la innovación en algún lugar específico y que la población pueda recibir el beneficio (Wandersman, Chien & Katz, 2012; Wandersman et al., 2008). El sistema de entrega está dado por la capacidad general de la organización y la capacidad específica de la innovación. La capacidad general de la organización permite el funcionamiento sostenido de la innovación, el cual incluye la dotación suficiente de personal entrenado y la conexión con otras organizaciones para su realización. La capacidad específica de la innovación demanda que el personal involucrado cuente con los conocimientos y habilidades para la ejecución de la innovación (Wandersman, Chien & Katz, 2012; Wandersman et al., 2008). A su vez, otros autores como Durlak y DuPre (2008), Dusenbury, Branningan, Falco y Hansen (2003), Fagan, Hanson, Hawkins y Arthur (2008), mencionan que el proceso de implementación requiere de ocho pasos: fidelidad, dosis, calidad, capacidad de respuesta de los participantes, diferenciación de programa, seguimiento, alcance del programa y adaptación.

1) La fidelidad se refiere a la adhesión, cumplimiento, integridad y réplica de la innovación inicialmente prevista; 2) la dosis indica la cantidad de la innovación original que ha sido ejecutada; 3) la calidad incluye reconocer que tan bien se han llevado a cabo los componentes de la innovación; 4) la capacidad de respuesta de los participantes es el grado en que la innovación estimula el interés y la atención de los participantes para la participación en la misma; 5) la diferenciación de programa implica la medida en que la teoría de una innovación y las prácticas se pueden distinguir de otros programas (singularidad del programa); 6) el seguimiento implica la descripción de los servicios recibidos por los participantes; 7) el alcance del programa involucra la tasa de participación y representatividad de los participantes obtenida por medio de la innovación; y 8) la adaptación indica los cambios realizados en la innovación original para su ejecución. Fixsen et al. (2005, 2009) señalan que cuando la innovación se

implementa es cuando se puede señalar que existe la transferencia del conocimiento y se requiere mantener y sostener la innovación dentro de la práctica para obtener resultados favorables en la población.

Figura 1. Relación entre el sistema basado en la evidencia para el apoyo de la innovación y el modelo del sistema interactivo



Para el presente estudio se consideró el proceso de transferencia del programa JUVENIMSS dirigido a los adolescentes; en éste se pretende identificar los elementos del proceso de transferencia del programa y su efecto en la conducta de los adolescentes participantes de acuerdo a las unidades de salud. Para analizar la conducta de los adolescentes, se utilizó la teoría de la conducta planeada, la cual se presenta a continuación.

Teoría de la conducta planeada

La adolescencia es una etapa crítica para el ser humano donde decide o no experimentar conductas sexuales de riesgo, tales como practicar sexo a temprana edad, tener varias parejas sexuales y la falta de utilización del condón. Ante ello, la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) es capaz de determinar las predicciones de este fenómeno, dado que se centra en la percepción del control y la intención de la conducta (Ajzen, 1991; Figura 2).

La teoría parte de los siguientes supuestos: 1) los seres humanos son esencialmente racionales, esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas; 2) los seres humanos por lo general se comportan de una forma sensible; 3) el individuo cuenta con información disponible de forma implícita o explícitamente; 4) los seres humanos toman en cuenta las consecuencias de sus acciones; 5) la intención es el predictor más importante de la conducta; 6) si la actitud y la norma subjetiva son más favorables, el control percibido será mayor y la intención de la persona para realizar la conducta en cuestión debe ser más importante; 7) la voluntad de los individuos determina las conductas sociales; 8) la intención, la voluntad y el razonamiento, generalmente dirigen la mayoría de las acciones sociales de los individuos; y 9) es posible predecir la conducta desde las actitudes, las intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social y a la predisposición del sujeto.

De acuerdo con la teoría, el comportamiento humano se rige por tres tipos de consideraciones: las creencias acerca de los posibles resultados de la conducta y las evaluaciones de estos resultados (creencias de conducta), las creencias acerca de las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con estas expectativas (creencias normativa) y las creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de la conducta y el poder percibido de estos factores (creencias de control). En sus respectivos agregados, las creencias de la

conducta producen una actitud favorable o desfavorable hacia la conducta, las creencias normativas como resultado de la presión social percibida o norma subjetiva y creencias de control dan lugar al control conductual percibido. En combinación, la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido conducen a la formación de una intención conductual.

La intención de una persona para ejecutar una acción específica está determinada por tres factores: un factor de carácter personal es la actitud hacia la conducta del individuo, un factor social o normativo que hace referencia al contexto sociocultural del individuo llamado norma subjetiva y un factor determinante de las intenciones llamado control conductual percibido que se refiere a la autoeficacia o capacidad de realizar la conducta de interés (Ajzen, 2005, p. 118).

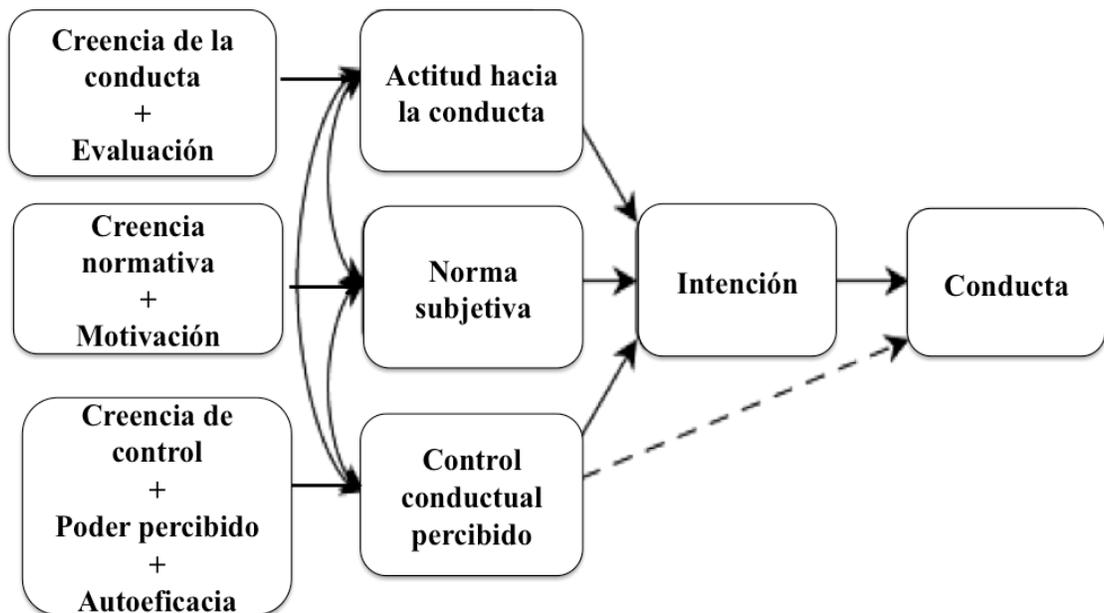
La teoría refiere que el determinante previo a la conducta se denomina intención, ésta influye directamente en la decisión final de ponerla o no ponerla en práctica. La intención es la probabilidad percibida por una persona para realizar la conducta, la cual está dada por tres predictores: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido. El primer predictor denominado actitud hacia la conducta es el reflejo de las creencias de la persona para la realización de la conducta. La actitud hacia la conducta está determinada por dos elementos: 1) la creencia de la conducta se asigna a ciertos atributos al objeto; y 2) la evaluación se traduce como las consecuencias positivas o negativas asociadas con la conducta y por la fuerza de estas asociaciones (Ajzen, 2002; Ajzen, 2005; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

El segundo predictor llamado norma subjetiva se refiere a la creencia si el referente significativo aprueba o desaprueba la conducta. La norma subjetiva se compone por dos aspectos: 1) las creencias normativas que abarcan las creencias de cada referente significativo aprueba o desaprueba la conducta; y 2) la motivación de cumplir indica la disposición de la persona para realizar la conducta tomando en consideración a

las expectativas de los referentes importantes (Ajzen, 2005; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

El tercer predictor citado como control conductual percibido, se refiere al grado de control percibido para llevar a cabo la conducta. El control conductual percibido está determinado por tres componentes: 1) la creencia de control es la probabilidad percibida para facilitar o restringir la conducta; 2) el poder percibido hace que sea fácil o difícil el desempeño de la conducta; y 3) la autoeficacia se refiere a la capacidad percibida para facilitar o inhibir la realización de la conducta (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). En resumen, la teoría de la conducta planeada brinda un contexto para explorar las relaciones y efectos en la conducta sexual de riesgo relacionada con el VIH/Sida e ITS como resultado de la conducta en los adolescentes (Ajzen, 1991). Los conceptos del modelo del sistema interactivo y de la teoría de la conducta planeada fueron sometidos al proceso de derivación, el cual se presenta a continuación.

Figura 2. Teoría de la conducta planeada



Derivación de la teoría de rango medio.

Los constructos y las relaciones bidireccionales del Modelo del Sistema Interactivo (Wandersman et al., 2008, 2012), se han linealizado con la finalidad de derivar la teoría de rango medio. El método utilizado para derivar la Teoría del Modelo del Sistema Interactivo y la Teoría de la Conducta Planeada fue el propuesto por Fawcett (1999), el cual se representa en tres niveles. El nivel más abstracto son los constructos del Modelo del Sistema Interactivo y de la Teoría de la Conducta Planeada que fueron seleccionados para el presente estudio. El siguiente nivel son los conceptos generados para ser probados. El nivel más concreto son los indicadores empíricos usados para medir las relaciones de los conceptos manifiestos para la Teoría de Rango Medio para la Transferencia del Conocimiento, misma que se aprecia en el Apéndice C.

Además, para fines del presente estudio se determinó el proceso de transferencia en la práctica del programa JUVENIMSS. El programa tiene siete años de implementación y continúa vigente en la actualidad; se imparte por medio de los profesionales de salud, con enfoque hacia los adolescentes que acuden a las instituciones de salud e instituciones educativas, el cual proporciona conocimientos sobre el VIH/Sida e ITS, habilidades para el uso correcto del condón, prácticas sexuales más seguras, métodos de planificación familiar, entre otros temas. A continuación se presenta la derivación de la teoría de rango medio propuesta en base al programa JUVENIMSS.

Síntesis y sistema de transferencia.

La síntesis y sistema de transferencia se derivó como la *síntesis y sistema de transferencia hacia la CPRS*, la cual se refiere a la selección de la evidencia disponible referente al VIH/Sida, ITS y embarazos no planeados que proviene de las GPC, EBIs y NOMs transferidos a la práctica por medio del programa JUVENIMSS para que los adolescentes conozcan y adquieran habilidades hacia la conducta protectora del riesgo sexual.

Los factores de la organización, los cuales conservaron su nombre original, están dirigidos a desarrollar los cambios necesarios en la unidad de salud para facilitar el uso del programa JUVENIMSS (por ejemplo, suficientes recursos, espacios físicos y acuerdos entre el personal del programa). Los factores de la organización consideran el recurso humano, el apoyo administrativo, gestión del personal administrativo y liderazgo. El recurso humano se refiere a la invitación, entrevista y selección de los profesionales de salud interesados en participar en el programa JUVENIMSS, los cuales trabajen con adolescentes para proveer una conducta protectora del riesgo sexual.

El apoyo administrativo se refiere a la ayuda que proporciona el personal administrativo o líder de la unidad de salud al personal involucrado en el programa JUVENIMSS. La gestión del personal administrativo se refiere al aseguramiento de suficientes recursos (materiales para sesiones, entrenamiento y reentrenamiento) para la puesta en marcha del programa y sostenerlo eficazmente en las instituciones educativas. El liderazgo se refiere a las habilidades que posee el jefe inmediato del personal que proporciona el programa para orientar o aconsejar respecto a la funcionalidad del programa JUVENIMSS.

Sistema de apoyo.

El sistema de apoyo derivó el *sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS*, corresponde a las actividades de enseñanza-aprendizaje proporcionadas al profesional de salud para el dominio de las sesiones del programa JUVENIMSS para transmitir la información a los adolescentes de las instituciones educativas. El sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS requiere del entrenamiento y supervisión/asistencia técnica para llevar a cabo el programa. El entrenamiento es el proceso para adquirir conocimientos, habilidades y retroalimentación por los profesionales de salud seleccionados sobre los contenidos del programa JUVENIMSS y la manera de cómo transmitir la información adquirida hacia los adolescentes. Asimismo, se encuentra la supervisión/asistencia técnica la cual provee ayuda al

profesional de salud para reforzar sus conocimientos y habilidades relacionados con el programa JUVENIMSS y recibe asistencia técnica al menos una vez por semana para el apoyo y solución de problemas presentados.

Sistema de entrega.

El sistema de entrega fue considerado como el *sistema de entrega hacia la CPRS* se refiere a los esfuerzos entre administradores, entrenadores y profesionales de salud capacitados para la incorporación del programa JUVENIMSS en las instituciones educativas. El sistema de entrega se da a través de 16 sesiones de una hora cada una, todo adolescente que concluya estas sesiones reciben un certificado que avala su participación en el programa y su conocimiento en relación a su salud. Este sistema considera la evaluación del desempeño del profesional de salud, la implementación y la evaluación de las actividades del programa por el adolescente.

La evaluación del desempeño del profesional de salud implica el cumplimiento establecido de acuerdo al programa JUVENIMSS (sesiones, valoración de conocimientos, destrezas y habilidades) por medio de los profesionales de salud que participan en el programa; la implementación considera los aspectos relacionados con el reclutamiento de los adolescentes para recibir el programa, contar con profesionales de salud capacitados, materiales (condones y material de oficina) y espacios físicos adecuados para brindar el programa JUVENIMSS; y la evaluación de las actividades por el adolescente se refiere a la percepción de los adolescentes sobre las actividades de aprendizaje, participación en el programa JUVENIMSS, así como lo referente a la información proporcionada por parte de los profesionales de salud en relación al programa.

Las derivaciones manifestadas con anterioridad se basaron en aspectos relacionados con los profesionales de salud a nivel organizacional. En ellos se construye la capacidad preventiva en relación con el VIH/Sida, ITS y embarazos no planeados, con un enfoque positivo para la reducción de riesgos en los adolescentes y la obtención de

resultados favorables en esta población. Por su parte, la teoría de la conducta planeada señala que con la exposición al programa, la información y las habilidades que desarrollen los adolescentes, conducen a un mayor conocimiento sobre la realización de las actividades relacionadas con el programa JUVENIMSS en aspectos que pueden influir directamente en su conducta; enseguida se mencionan las derivaciones de la teoría de la conducta planeada en los adolescentes.

La actitud hacia la conducta fue considerada como la *actitud del adolescente hacia la CPRS* indica la opinión del adolescente relacionada con su conducta vista como el reflejo de las consecuencias de sus relaciones sexuales.

La norma subjetiva denominada como la *norma subjetiva del adolescente hacia la CPRS* se refiere a las creencias rectoras de las personas importantes del adolescente que aprobarían o desaprobarían que usara condón o algún método anticonceptivo durante su relación sexual.

El control conductual percibido nombrado como la *autoeficacia del adolescente hacia la CPRS* es la confianza del adolescente para abstenerse o protegerse (condón o algún método anticonceptivo) en sus relaciones sexuales.

La intención derivó la *intención del adolescente hacia la CPRS* indica la probabilidad percibida por el adolescente para usar condón o algún método anticonceptivo si tiene relaciones sexuales en los próximos tres meses.

La organización y los profesionales de salud son relevantes en el proceso de la transferencia del conocimiento para que los adolescentes aprendan a cuidarse ante situaciones de riesgo sexual. A su vez, las actitudes, las normas subjetivas, la autoeficacia y las intenciones de los adolescentes resultan valiosas porque pueden contribuir en su conducta.

Resultado.

Por último, la conducta derivó la *conducta protectora del riesgo sexual* es la capacidad del adolescente para utilizar sus conocimientos, habilidades y recursos para

responder ante las conductas sexuales de riesgo, practicando la abstinencia sexual, uso correcto del condón y tener solo una pareja sexual.

Modelo de transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual.

El proceso de transferencia del conocimiento del programa JUVENIMSS no ha sido estudiado por medio de la investigación para identificar los elementos que operan en el proceso de transferencia y cómo influyen en el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes graduados del programa. En la Figura 3, se propone un modelo basado en dos componentes teóricos; el modelo del sistema interactivo, el cual proporciona todo un proceso para comprender mejor cómo los sistemas de síntesis y transferencia, apoyo y entrega brindan soporte en las actividades para acercar la investigación a la práctica; la teoría de la conducta planeada determina las intenciones y la conducta que poseen los adolescentes después de haber participado en un programa para prevenir comportamientos de riesgo sexual.

Las relaciones entre estos sistemas se especifican a continuación: a nivel de la organización, los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS tienen un efecto directo en el sistema de entrega hacia la CPRS de acuerdo a la unidad de salud y tener efecto directo en la conducta protectora del riesgo sexual. En los adolescentes, la actitud del adolescente hacia la CPRS, la norma subjetiva del adolescente hacia la CPRS y la autoeficacia del adolescente hacia la CPRS influyen de manera dependiente en la intención del adolescente hacia la CPRS para ejercer influencia en la conducta protectora del riesgo sexual.

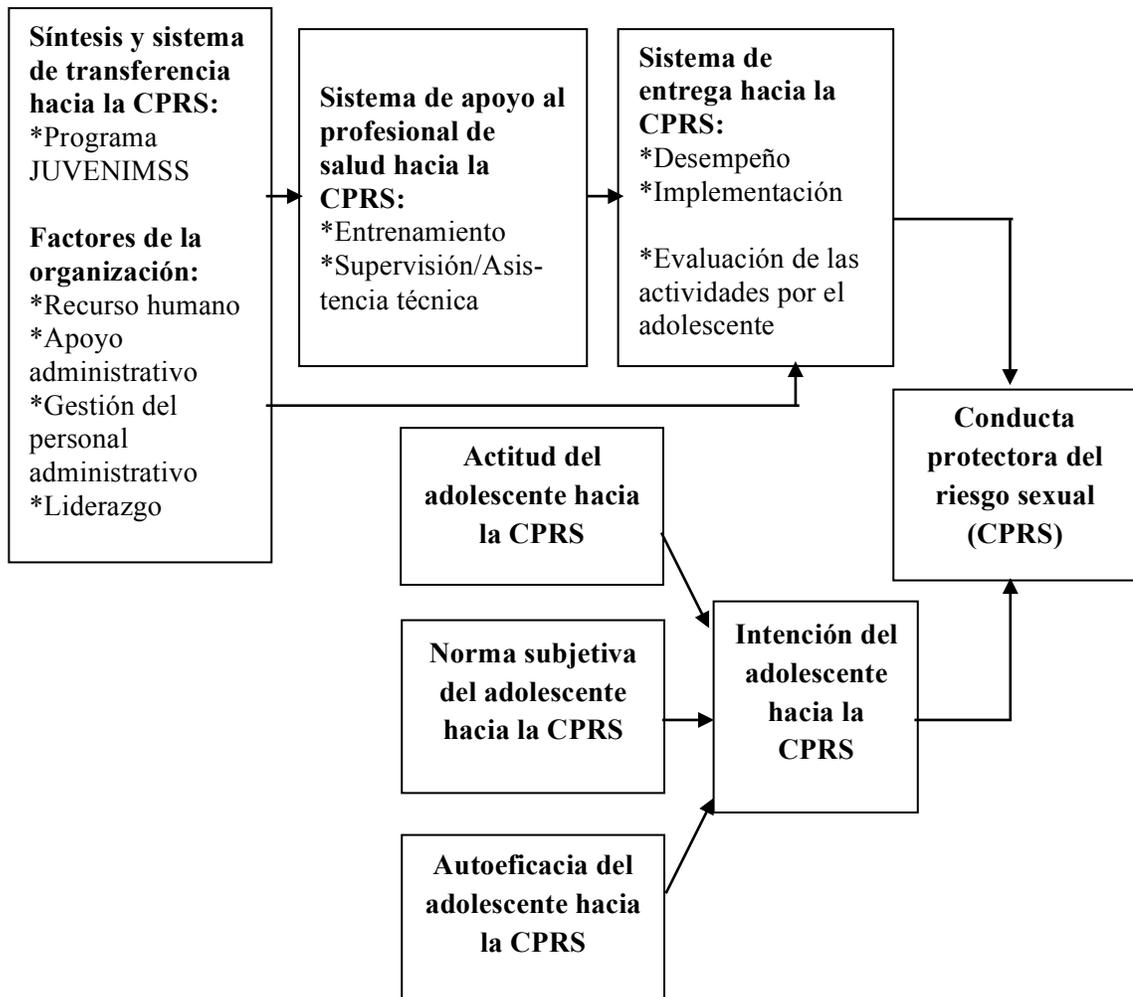
Proposiciones teóricas de la teoría de rango medio de transferencia del conocimiento.

1. Los factores de la organización influyen directamente en el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS.

2. El sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS influye directamente en el sistema de entrega hacia la CPRS.
3. Los factores de la organización influyen indirectamente en el sistema de entrega hacia la CPRS.
4. La actitud del adolescente hacia la CPRS influye directamente en la intención del adolescente hacia la CPRS.
5. La norma subjetiva del adolescente hacia la CPRS influye directamente en la intención del adolescente hacia la CPRS.
6. La autoeficacia del adolescente hacia la CPRS influye directamente en la intención del adolescente hacia la CPRS.
7. La intención del adolescente hacia la CPRS influye directamente en la CPRS.
8. La actitud hacia la CPRS, la norma subjetiva hacia la CPRS y la autoeficacia del adolescente hacia la CPRS influyen directamente en la intención del adolescente hacia la CPRS.

Para las tres primeras proposiciones, el estudio de Ogden et al. (2012) apoya que los factores de la organización, el sistema de apoyo y el sistema de entrega tienen asociación en el proceso de transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual. El resto de las proposiciones que tratan sobre las actitudes (Alvarez et al., 2010; Broaddus, Schmiede & Bryan, 2011; Fatusi & Blum, 2008; Hennessy et al., 2010), las normas subjetivas (Alvarez et al., 2010; Broaddus, Schmiede & Bryan, 2011; Hennessy et al., 2010) y la autoeficacia de los adolescentes (Alvarez et al., 2010; Broaddus, Schmiede & Bryan, 2011; Givaudan et al., 2008; Hennessy et al., 2010), se sustenta con diversos autores que estas variables influyen directamente en la intención para realizar la conducta.

Figura 3. Teoría de rango medio para la transferencia del conocimiento



Estudios relacionados

Los artículos se revisaron, analizaron y agruparon de acuerdo a las variables de la teoría de rango medio propuesta, es decir, factores de la organización, sistema de apoyo al profesional de salud, sistema de entrega, actitud, norma subjetiva, autoeficacia, intención e intervenciones de la conducta protectora del riesgo sexual.

Factores de la organización.

Aarons y Sommerfeld (2012) examinaron el liderazgo y la relación entre el supervisor y los proveedores de servicio referente al clima de la innovación (la apertura) y las actitudes de los proveedores hacia la Implementación de la Práctica Basada en la Evidencia (IPBE) en 140 proveedores. Los investigadores informan que 85 proveedores fueron asignados al IPBE y 55 al grupo control. Reportan que la relación entre el supervisor y los proveedores de servicio, se asoció positivamente con el clima de la innovación ($r=0.54, p<.001$ para IPBE, $r=0.77, p<.01$ para el grupo control). Además, encontraron que el liderazgo del supervisor fue positivamente relacionado con el clima de la innovación para el grupo de la IPBE ($r=0.70, p<.001$), pero no para el grupo control ($r=-0.13, p>.05$). El liderazgo obtuvo una fuerte asociación positiva en la relación entre el supervisor y los proveedores de servicio para el grupo IPBE y el grupo control ($r=0.83, p<.001$ y $r=0.90, p<.001$, respectivamente). La IPBE demostró una relación positiva entre el clima de la innovación y las actitudes positivas hacia la PBE, mientras que para el grupo control no mostró asociación significativa entre estas variables ($r=0.29, p<.05$ para IPBE, $r=0.20, p>.05$ para el grupo control). El liderazgo del supervisor tiene el potencial para facilitar la implementación mediante la promoción de un fuerte clima de innovación y actitudes positivas en los proveedores de servicio hacia la adopción y el uso de la práctica basada en la evidencia.

Asgary-Eden y Lee (2012) exploraron si el espacio físico, necesidad de reentrenamiento y características de la organización, son diferentes para los supervisores y administradores, así como para los proveedores de servicio para la implementación del programa en 64 organizaciones. Los informes de los supervisores y administradores, mostraron correlaciones significativas con las variables que afectan la implementación como espacio físico ($r=0.51, p=.003$) y las características de la organización (apoyo del supervisor, financiamiento, motivación del proveedor y disponibilidad del supervisor) que favorecen el uso del programa ($r=0.57, p=.001$), pero no la necesidad de

reentrenamiento ($r=0.03$, $p=.879$). Solamente la variable del espacio físico fue significativamente diferente ($t=-2.20$, $p<.03$), entre los supervisores y administradores ($M=15.77$, $DE=2.56$) y los proveedores de servicio ($M=14.71$, $DE=2.45$).

Los informes de los proveedores de servicio fueron estadísticamente significativos para usar el programa en la organización ($F=2.74$, $p=.05$). Además, los informes de los proveedores de servicio respecto a los recursos de la oficina y las características de la organización se correlacionaron significativamente con el uso del programa ($r=.31$, $p=.02$ y $r=.26$, $p=.04$, respectivamente). Los supervisores y administradores reportaron adecuado espacio físico, apropiado entrenamiento y aspectos de la organización, los resultados fueron significativos ($F=2.74$, $p=.05$); el principal factor predictivo para la realización del programa fueron las características de la organización ($\beta=0.48$, $p=.001$). Sin embargo, para los proveedores de servicio no mostraron ser significativas las características de la organización ($F=1.83$, $p=.16$). El contar con espacio físico, entrenamiento suficiente y las características de la organización como apoyo del supervisor, financiamiento, motivación del proveedor y disponibilidad del supervisor favorecen la ejecución de un programa.

Aarons, Sommerfeld y Willging (2011) examinaron el liderazgo y el clima organizacional en el sistema de salud en 190 participantes (administradores, personal de apoyo y proveedores). Los resultados reflejaron que a mayor liderazgo mayor empoderamiento para la gestión financiera ($\beta=0.58$, $p<.001$). Por su parte Lunn et al. (2011) examinaron el financiamiento como un factor predictor para la implementación de un programa y encontraron que el financiamiento explica el 12% de la varianza en la implementación. El financiamiento predice positivamente la implementación de programas ($\beta=0.06$, $DE=0.02$, $p<.01$).

Aarons, Sommerfeld y Walrath-Greene (2009) examinaron la relación entre el tipo de organización (pública y privada) y la adopción e implementación de la PBE. Los participantes fueron proveedores de servicios que corresponden a 17 comunidades

($n=170$). Se encontró asociación positiva entre el nivel de apoyo de la organización y el tipo de organización privada ($r=0.157, p<.05$). El trabajar en una organización privada también fue asociado positivamente con actitudes más favorables para adoptar la PBE ($r=0.190, p<.05$). La organización privada tuvo un efecto directo en las actitudes de los proveedores hacia la adopción de la PBE ($p<.05$). La organización privada posee altos niveles de apoyo en comparación con la organización pública (gobierno; $p<.05$). La organización privada se correlacionó con el apoyo de la organización para el uso del programa ($r=0.18, p<.05$); el apoyo de la organización se relacionó con las actitudes del proveedor hacia la PBE ($r=0.18, p<.01$), asimismo, con el uso de la PBE ($r=0.11, p<.01$). El contexto organizacional privado influye favorablemente en el apoyo de la organización y en las actitudes de los proveedores para usar la PBE.

En síntesis, el liderazgo mostró varias asociaciones significativas que sirven de apoyo a la implementación de programas, tales como el facilitar la implementación ($r=0.80$ a $r=0.86$), la apertura del programa ($r=0.70$), la relación entre el supervisor y los proveedores de servicio ($r=0.83$). También reflejó que a mayor liderazgo mayor gestión financiera (en un estudio se reportó el 12% de la varianza explicada para el manejo financiero). Además, el adecuado espacio físico, el entrenamiento suficiente y las características de la organización, revelaron ser favorables para el uso del programa. La organización privada tiene un efecto directo significativo en el apoyo de la organización ($r=0.16$) y en las actitudes de los proveedores para el funcionamiento de la innovación ($r=0.19$ a $r=0.29$).

Sistema de apoyo al profesional de salud.

Chinman et al. (2012) describieron cómo un programa utilizó los elementos del modelo del sistema interactivo para su implementación en 12 lugares. La muestra estuvo conformada por 12 comunidades, la mitad fue asignada al grupo experimental y el resto al grupo control. En este estudio se aplicó un instrumento para evaluar los componentes de la implementación (planear, evaluar y mantener el programa). Los investigadores

reportan que el nivel de conocimiento de los proveedores fue significativamente relacionado con los componentes de la implementación ($R^2= 0.29, p<.05$), después de recibir el entrenamiento del programa. Asimismo, refieren que las habilidades para el desempeño del programa entre los grupos de intervención ($M=4.49, DE=1.45$) y los grupos de control ($M=3.92, DE=1.57$), fueron estadísticamente diferentes ($t=3.87, p<.01$). En los resultados cualitativos, los investigadores analizaron que los recursos financieros influyen en el sistema de entrega; en el sistema de apoyo encontraron que los trabajadores encargados de la asistencia técnica mostraron estrecha relación con los proveedores; los proveedores que recibieron asistencia técnica fueron más entusiastas en proporcionar el programa; también encontraron estrategias que facilitan la asistencia técnica, tales como mantener la comunicación por medio del contacto telefónico y correos electrónicos para programar las reuniones, así como persuadir a los proveedores para realizar las mejoras en la ejecución del programa, entre otras. El entrenamiento y la asistencia técnica forman parte fundamental para el éxito y mantenimiento del programa en las comunidades.

Duffy et al. (2012) investigaron si el entrenamiento y la asistencia técnica proveen resultados en la capacidad del personal para usar el programa enfocado en la prevención del embarazo en las adolescentes. Este estudio consideró 11 organizaciones y 3 escuelas. El entrenamiento se ofreció por medio de cursos de formación al 96%; el promedio de entrenamiento brindado osciló alrededor de 6 horas. La asistencia técnica fue proporcionada al personal mediante visitas (56%) y llamadas telefónicas (21%); el promedio de la asistencia recibida por parte del personal fue aproximadamente de 76 horas. La asistencia técnica incluyó el desarrollo general del programa (17.5%), la planeación estratégica de la organización (14%) y el desarrollo de liderazgo (9.1%). Estos resultados indican que el entrenamiento y la asistencia técnica facilitan la operación de un programa.

Legales et al. (2012) desarrollaron una intervención para ayudar a las organizaciones comunitarias a implementar el Programa Mpowerment (MP) de Tecnología del Sistema de Cambio (MPTES por sus siglas en inglés). La muestra estuvo conformada por 49 comunidades que implementaron el MP con tres seguimientos durante dos años. Los resultados reflejaron que la asistencia técnica que solicitaron las comunidades fue significativa a los seis meses de seguimiento ($M=3.96$, $DE=6.52$, $IC95\%$ [1.82-5.57], $p<.01$), en el mismo tiempo de medición, la asistencia técnica proactiva (videos y materiales) también fue significativa ($M=8.04$, $DE=6.99$, $IC95\%$ [6.03-10.05], $p<.01$). En el mismo seguimiento, las comunidades solicitaron con más persistencia la asistencia técnica a diferencia de otros aspectos como la puesta en marcha del programa (65%, $IC95\%$ [50.4-78.3], $p<.001$), el contacto con los coordinadores (59%, $IC95\%$ [44.2-73.0], $p<.001$), la fidelidad en la entrega del programa (51%, $IC95\%$, [36.3-65.6], $p<.001$), los aspectos de financiamiento (49%, $IC95\%$ [34.4-63.7], $p<.05$), el espacio físico para realizar el programa (47%, $IC95\%$ [32.5-61.7], $p<.01$), la evaluación del programa (45%, $IC95\%$ [30.7-59.8], $p<.001$) y la coordinación con los supervisores (39%, $IC95\%$ [25.2-53.8], $p<.001$). La asistencia técnica resulta ser de gran utilidad para mantener los programas en las comunidades a través del tiempo.

Lewis et al. (2012) desarrollaron a través de un programa de entrenamiento la capacidad en los proveedores para utilizar un programa enfocado en la prevención del embarazo en adolescentes desde la planeación hasta el mantenimiento del programa. El estudio se realizó en 43 proveedores; los investigadores encontraron que el conocimiento relacionado con el contenido del programa en los participantes, se incrementó después del entrenamiento (pre-test $M=3.19$, $DE= 0.88$; post-test $M=4.27$, $DE=0.60$; $t=-6.63$, $p<.05$). También, los participantes tuvieron mayor confianza para realizar las actividades del programa después del entrenamiento en el pre-test ($M=2.87$, $DE= 0.83$) al post-test ($M=4.20$, $DE=0.69$; $t=-6.84$, $p<.05$). El conocimiento y la confianza son aspectos importantes para el mantenimiento de un programa.

Ray, Wilson, Wandersman, Meyers y Katz (2012) evaluaron el sistema de apoyo (entrenamiento y asistencia técnica) en 46 proveedores de tres programas para la prevención del embarazo (Making Proud Choices, Cuídate y Safer Choices). Los investigadores encontraron que las habilidades de los proveedores obtenidas durante el entrenamiento fueron estadísticamente significativas para los programas Making Proud Choices ($M=3.70$, $DE=0.193$, $p<.05$) y Cuídate ($M=4.65$, $DE=0.507$, $p<.05$); el entrenamiento duró 2.5 días. Asimismo, en ambos programas la asistencia técnica respecto a las habilidades y el conocimiento para utilizar el programa fue estadísticamente significativo ($M=3.32$, $DE=0.427$, $p<.05$ y $M=3.56$, $DE=1.298$, $p<.05$, respectivamente). Los participantes mostraron avances generales en el contenido del programa, habilidades de los proveedores y asistencia técnica en el programa Cuídate (95%) y Making Proud Choices (93%). El programa Safer Choices no mostró datos significativos porque involucró a toda una escuela y resultó ser difícil el análisis de los datos. Los hallazgos de este estudio indican que el entrenamiento y la asistencia técnica sirven para la funcionalidad de los programas preventivos enfocados en los adolescentes.

Hunter et al. (2009) realizaron un estudio de investigación para identificar una forma efectiva de asistencia técnica para desarrollar la capacidad de prevención en dos comunidades. Contaron con tres proveedores de asistencia técnica durante dos años, 15 personas les asignaron dos comunidades para brindar seis programas; una comunidad fue seleccionada para recibir entrenamiento desde la planeación hasta el mantenimiento del programa. Los proveedores de asistencia técnica realizaron consultoría presencial en las comunidades, el tiempo estimado fue hasta dos horas por semana o quincena. Los investigadores encontraron que la comunicación representó el porcentaje más alto relacionado con la asistencia técnica (31%); la cual se proporcionó con fines educativos que incluyó la demostración de habilidades para realizar el programa (61%) y para solicitar información sobre los resultados de su desempeño en el programa (39%). Otro aspecto importante que involucró la asistencia técnica fue la planeación del programa

(24%), los tópicos abordados en este apartado fueron los relacionados con la implementación, reentrenamiento y sostenibilidad del programa (46%). Este estudio refleja que la asistencia técnica apoya a los proveedores para la funcionalidad del programa.

Chinman et al. (2008) examinaron si el entrenamiento y la asistencia técnica mejoran la capacidad individual y la ejecución de los programas. El estudio se realizó en dos comunidades donde se llevaron a cabo 16 programas para adolescentes y adultos, abarcó desde la prevención hasta la continuidad del tratamiento en 268 participantes. Los investigadores realizaron tres mediciones, en la última medición, los resultados fueron estadísticamente significativos. Los resultados indicaron mayor participación para el mantenimiento del programa, el cual fue asociado con las actitudes ($t=3.08$, $p<.002$), la conducta ($t=4.40$, $p<.001$) y la autoeficacia ($t=2.57$, $p=.01$). El 73% de los participantes solicitaron asistencia técnica en relación con la planeación, el proceso y los resultados de la evaluación. Esta investigación encontró que usando los pasos para implementar y mantener los programas se obtienen resultados favorables relacionados con la actitud, la conducta y la autoeficacia en el personal que ejecuta el programa.

Fagan, Hanson, Hawkins y Arthur (2008) investigaron el desarrollo e implementación de los programas de prevención para garantizar la fidelidad en la ejecución. Los investigadores proporcionaron entrenamiento y asistencia técnica, los cuales consistieron en llamadas telefónicas semanales, correos electrónicos y visitas dos veces al año para mantener los programas. Los resultados corresponden a 13 programas de prevención implementados en 24 comunidades, el promedio de la adherencia al programa fue 89%, la dosis del programa se impartió en un 50%, el 67% mencionaron que la duración del programa fue aproximadamente de 30 a 45 minutos por sesión. Los programas que se impartieron a los jóvenes mostraron una retención del 96% y asistieron al 60% de las sesiones. El sistema de apoyo basado en entrenamiento y asistencia técnica favorece el desarrollo y la implementación de los programas.

En síntesis se observa que el sistema de apoyo brindado por medio del entrenamiento ha sido manifiesto en varios estudios con diferentes enfoques. El entrenamiento que recibieron los proveedores favoreció en varios aspectos, tales como en la adquisición de conocimientos relacionados con los contenidos del programa (93% a 95%); el desarrollo de habilidades para la ejecución del programa ($M=3.70$ a $M=4.65$); e incremento en la confianza para realizar las actividades del programa ($M=2.87$ a $M=4.20$). La duración de los entrenamientos para capacitar a los proveedores osciló entre 6 a 20 horas. La asistencia técnica implicó la planeación relacionada con el financiamiento, implementación, reentrenamiento y sostenibilidad del programa (17% a 65%); la planeación estratégica de la organización sobre espacios físicos (14% a 47%). Además, la asistencia técnica se proporcionó con fines educativos que incluyó la demostración de habilidades (61% a 95%) y conocimiento para la implementación del programa (93% a 95%); también la asistencia técnica involucró el mantener la comunicación por medio de visitas presenciales (56%) y contacto telefónico (21%); contacto con los coordinadores (59%) y coordinación con los supervisores (39%). El promedio de la asistencia recibida por parte del personal fue aproximadamente de 76 horas.

Sistema de entrega.

Halgunseth et al. (2012) estudiaron cómo influye la capacidad general a nivel organizacional y comunitario en la implementación de 12 programas de prevención en entornos extraescolares. La capacidad general de la organización hace referencia a la disponibilidad de recursos, estructura de la organización y estilo de gestión eficaz; y la capacidad general a nivel comunitario indica la colaboración con las comunidades, escuelas y proveedores. Los investigadores reportan una significativa interacción entre la capacidad general de la organización y la comunidad en relación a la cantidad de los programas implementados ($F_{[3,8]}=145.7, p<.001$). Otra interacción significativa fue entre la capacidad general a nivel organizacional y comunitario y la capacidad para

implementar los programas con calidad ($F_{[3,8]}=10.8, p<.05$). Los hallazgos reflejan que la disponibilidad de recursos, la estructura de la organización, el estilo de gestión eficaz y la colaboración entre las comunidades, escuelas y proveedores contribuyen en la entrega de los programas en diversos ámbitos comunitarios.

Lane et al. (2012) investigaron el papel de los proveedores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que reciben financiamiento, en la implementación de las recomendaciones de salud pública en la práctica. Los investigadores informan que para la síntesis y sistema de transferencia, los proveedores identificaron los beneficios de las recomendaciones de salud pública que marca la evidencia para mejorar su práctica (78%). En el sistema de apoyo, los proveedores mencionaron que tuvieron la dotación suficiente de materiales (herramientas, guías, materiales suplementarios), para ayudar a los programas estatales en la aplicación de las recomendaciones (86%). En el sistema de entrega, los proveedores reportaron que usaron la planeación (95%) y realinearon sus recursos para la implementación de las recomendaciones dentro de su práctica (55%). El contar con suficientes recursos y materiales sirve de soporte para el proceso de transferencia hacia la práctica.

Fagan, Hanson, Briney y Hawkins (2012) investigaron la implementación y mantenimiento de las estrategias efectivas en programas preventivos. El estudio se realizó en 24 comunidades, un proveedor de cada comunidad fue asignado aleatoriamente al grupo intervención y al grupo control. En la medición realizada en el 2007, los investigadores encontraron que las comunidades de intervención adoptaron los programas de forma significativa en comparación con las comunidades de control (44%, $W=60$ vs 19%, $W=-6, p<.05$, respectivamente). Asimismo, los resultados fueron significativos para ambas comunidades para el 2010 (43%, $W=55$ vs 26%, $W=-11, p<.05$). Respecto al monitoreo durante la implementación, sólo los resultados mostraron ser significativos en el año 2010, tanto para las comunidades de intervención como las comunidades de control (82%, $W=34$ vs 40%, $W=-2.5, p<.02$).

Las comunidades de intervención reportaron tasas más altas de mantenimiento del programa en comparación con las comunidades de control y fueron estadísticamente significativas durante el año 2007 (78%, $W=43$ vs 43%, $W=-2$, $p<.05$). En la segunda medición, los aspectos importantes relacionados con la entrega del programa fueron los siguientes: el manual del proveedor (97%), el número de sesiones enseñadas a los participantes (96%), materiales para los participantes (92%), el contenido entregado (91%), el entrenamiento del proveedor (81%) y el entrenamiento del equipo de la investigación (80%). Las comunidades de intervención mostraron resultados más favorables para adoptar, monitorear y mantener la calidad en la entrega del programa.

Ogden et al. (2012) sometieron a prueba el instrumento de los componentes de implementación como los factores de la organización, el sistema de apoyo y el sistema de entrega de un proceso de transferencia. La muestra del estudio estuvo conformada por 218 proveedores de salud. Los factores de la organización están conformados por el recurso humano, el apoyo administrativo y la gestión del personal de administración; el sistema de apoyo está compuesto por el entrenamiento y la asistencia técnica; y el sistema de entrega está integrado por la evaluación del desempeño y el sistema de recolección de datos. Los investigadores reportan que el recurso humano se asoció con el entrenamiento y la asistencia técnica; el efecto estuvo entre pequeño y grande ($r=0.27$, $p<.01$ y $r=0.70$, $p<.01$, respectivamente).

Asimismo, el apoyo administrativo se relacionó con el entrenamiento y la asistencia técnica; estas variables mostraron un efecto mediano ($r=0.30$, $p<.01$ y $r=0.47$, $p<.01$, respectivamente). La gestión del personal de administración se correlacionó con la asistencia técnica; tuvo un efecto mediano ($r=0.35$, $p<.01$). El recurso humano se asoció con la evaluación del desempeño y el sistema de recolección de datos; reflejaron un efecto grande y mediano ($r=0.58$, $p<.01$ y $r=0.30$, $p<.01$, respectivamente). El liderazgo se correlacionó con el entrenamiento con efecto pequeño ($r=0.23$, $p<.01$). El entrenamiento se correlacionó con la evaluación del desempeño y el sistema de

recolección de datos; mostraron un efecto pequeño ($r=0.26, p<.01$ y $r=0.28, p<.01$, respectivamente). La asistencia técnica se correlacionó con la evaluación del desempeño, sistema de recolección de datos; el rango del efecto fue grande a mediano ($r=0.66, p<.01$ y $r=0.33, p<.01$, respectivamente). El liderazgo fue la única variable que no mostró asociación significativa respecto a la supervisión. En general, el instrumento de componentes de implementación refleja un efecto moderado en las variables relacionadas con la implementación de programas.

Spoth et al. (2011) examinaron la sostenibilidad en la implementación del programa de fortalecimiento para la familia [SFP 10-14] durante seis años. El programa se implementó en 28 escuelas de zonas rurales o ciudades pequeñas, la mitad de las escuelas fueron asignadas al grupo control de intervenciones basadas en las escuelas. En sus resultados, se observó que la adherencia al SFP 10-14 fue superior al 90% en la cobertura de los contenidos de los programas previstos en cada sesión ($M=91.6$) y el 87% en las múltiples cohortes. En los programas individuales, la adherencia del programa se presentó en un 80%. En los grupos de intervención SFP 10-14, la efectividad del equipo se correlacionó con el compromiso del equipo y la calidad del facilitador para llevar a cabo el programa ($r=0.58$ y $r=0.66, p<.10$, respectivamente); la asistencia técnica se relacionó con el compromiso del equipo ($r=0.60, p<.10$). El grupo de intervención mostró resultados más promisorios respecto a la efectividad del equipo y el compromiso con la asistencia técnica que favorecen el mantenimiento del programa.

Brown, Feinberg y Greenberg (2010) investigaron cómo el contexto de la comunidad y los aspectos del funcionamiento influyen en la capacidad de la comunidad para apoyar la implementación de la PBE en 62 comunidades. Los autores reportaron que a nivel del programa, se observó una correlación significativa entre la participación de la comunidad y el apoyo a la fidelidad respecto a la entrega del programa ($r=0.29, p<.01$). El apoyo a la implementación se correlacionó positivamente con el financiamiento otorgado a la comunidad ($r=0.30, p<.05$) y la fuerza de liderazgo de la

comunidad para llevar a cabo el programa ($r=0.32$, $p<.01$). Los hallazgos indican que cuando las comunidades se encuentran más involucradas en la implementación para la práctica basada en la evidencia, el apoyo a la fidelidad de la implementación tiende a ser mayor.

Sanders, Prinz y Shapiro (2009) estudiaron la difusión de los programas de crianza basados en la evidencia, se realizó un seguimiento a los seis meses. La muestra estuvo conformada por 650 proveedores, los resultados reflejan que los proveedores del sexo femenino mostraron mayor interés en usar el programa en comparación con el sexo masculino ($OR=0.509$, $IC95\%$ [0.260-0.999], $p<.05$), así como los profesional de la salud ($OR=0.318$, $IC95\%$ [0.180-0.563], $p<.001$). Los proveedores mencionaron diversos obstáculos para usar el programa, tales como la aparición de otros compromisos ($OR=0.581$, $IC95\%$ [0.379-0.889], $p<.05$), la falta de horas extras o tiempo ($OR=0.526$, $IC95\%$ [0.349-0.792], $p<.05$), el acceso insuficiente al programa ($OR=0.499$, $IC95\%$ [0.266-0.936], $p<.05$), la falta de conocimiento o habilidad en el programa ($OR=0.486$, $IC95\%$ [0.254-0.933], $p<.05$), la dificultad para coordinarse con otros profesionales ($OR=0.458$, $IC95\%$ [0.278-0.753], $p<.01$) y para mantener la fidelidad del programa ($OR=0.433$, $IC95\%$ [0.198-0.944], $p<.05$). Los proveedores necesitan información más amplia sobre los beneficios de los programas basados en la evidencia para que exista mayor probabilidad de usarlos dentro de su práctica clínica.

Beets et al. (2008) investigaron los factores que influyen entre los maestros y la escuela para implementar el programa sobre prevención escolar, social y desarrollo. La muestra estuvo conformada por maestros de 10 escuelas que completaron los procesos de evaluación para el año dos y tres del estudio. Los investigadores encontraron que las creencias de los maestros para enseñar el programa fueron significativamente relacionados con sus actitudes hacia la implementación del programa (efecto estandarizado $\beta_1=0.50$ año 2_[A2], 0.39 año 3_[A3], $p<.001$); las actitudes de los maestros hacia la implementación del programa fueron positivamente relacionadas con la cantidad

del programa entregado ($\beta_1=0.65_{A2}, 0.67_{A3}, p<.001$).

A su vez, la cantidad del programa entregado se relacionó positivamente con la utilización del material en ambos, en aula ($\beta_1=0.45_{A2}, 0.41_{A3}, p<.001$) y en todas las escuelas ($\beta_1=0.42_{A2}, 0.40_{A3}, p<.001$). Las percepciones del clima escolar se relacionaron directamente con las creencias de los maestros acerca del programa ($\beta_1 = 0.61_{A2}, 0.34_{A3}, p<.001$) y las actitudes de los maestros hacia la implementación del programa ($\beta_1=0.26_{A2}, 0.22_{A3}, p<.001$). El clima escolar fue significativamente relacionado con el uso de materiales en todas las escuelas ($\beta_1=0.31_{A2}, 0.25_{A3}, p<.001$). Los maestros mostraron responsabilidad y actitudes positivas para implementar el programa de acuerdo a lo establecido. Además, las percepciones del clima escolar fueron importantes en la formación de las creencias y actitudes de los maestros que impactaron positivamente en la ejecución del programa.

Livet, Courser y Wandersman (2008) estudiaron los mecanismos de la organización en la prestación del sistema de entrega para la prevención y su influencia en la implementación del programa. La muestra estuvo conformada por 23 agencias proveedoras de 31 programas. Los resultados muestran que la presencia de un agente de cambio fuera del proceso de planeación de la agencia, está fuertemente relacionado con mayor nivel y calidad del programa ($r=0.86, p<.01$). Respecto a la implementación, el proceso del mismo se asoció moderadamente con la presencia del agente de cambio, la cantidad de entrenamiento y la asistencia técnica en la ejecución del programa ($r=0.32, r=0.31$ y $r=0.37, p<.05$, respectivamente). La formalización de la organización se relacionó con el proceso de sostenibilidad del programa ($r=0.63, p<.01$). Esta investigación refleja que a mayores niveles de formalización dentro de una organización existe mayor probabilidad para el mantenimiento de los programas.

En síntesis, el sistema de entrega, se identificó que los proveedores del sexo femenino y los profesionales de salud involucrados en el programa tienen mayor un probabilidad para utilizar el programa independientemente de su profesión. Otro

elemento importante en la entrega de programas es el agente de cambio, el cual está fuertemente asociado significativamente con el nivel y la calidad para usar el programa ($r=0.86$), a su vez, mostró relación significativa con el proceso de implementación ($r=0.32$), la cantidad de entrenamiento ($r=0.31$) y la asistencia técnica en la ejecución del programa ($r=0.37$). El entrenamiento se relacionó significativamente con la evaluación del desempeño y el sistema de recolección de datos para la implementación de los programas ($r=0.26$ y $r=0.28$, respectivamente).

La efectividad del equipo se asoció significativamente con la calidad del facilitador ($r=0.66$) y el compromiso del equipo de investigación ($r=0.58$). El personal que proporcionó asistencia técnica durante la puesta en marcha de los programas, reflejó correlaciones significativas con la evaluación del desempeño y el sistema de recolección de datos ($r=0.33$ a $r=0.66$, respectivamente). A su vez, la asistencia técnica se relacionó significativamente con el compromiso del equipo ($r=0.60$), la ejecución ($r=0.37$) y el mantenimiento del programa ($r=0.60$). Los proveedores reportan que se cubrieron los contenidos de los programas entre 90% a 91%, conforme a lo previsto en cada sesión, asimismo, se correlacionaron significativamente con la participación de la comunidad y el apoyo para la entrega del programa ($r=0.29$). El apoyo a la implementación del programa se asoció significativamente con la formalización de la organización ($r=0.63$), la fuerza de liderazgo de la comunidad ($r=0.32$) y el financiamiento otorgado a la comunidad para llevar a cabo el programa ($r=0.30$).

Durante el proceso de la entrega de los programas, los proveedores presentaron varios inconvenientes, tales como la aparición de otros compromisos (58%), realinear sus recursos para la implementación del programa (55%), la falta de horas extras o tiempo (52%), el acceso insuficiente al programa (50%), la falta de conocimiento o habilidad en el programa (49%), la dificultad para coordinarse con otros profesionales (46%) y el enfrentamiento con la fidelidad del programa (43%).

Actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención.

Alvarez, Villarruel, Zhou y Gallegos (2010) estudiaron los predictores de las intenciones respecto al uso del condón entre los adolescentes mexicanos sexualmente activos que participaron en una intervención para la reducción del riesgo sexual. La muestra estuvo conformada por 157 adolescentes entre 17 a 21 años. El análisis de regresión mostró que las actitudes, las normas subjetivas y las creencias de control hacia los condones, fueron estadísticamente significativos sobre la intención de usar condones ($R^2= 0.75, p<.001$) y explican el 76% de la varianza en la intención para usar los condones. Las actitudes hacia los condones ($\beta=0.67, p<.001$), las habilidades técnicas ($\beta=0.13, p=.01$) y la autoeficacia sobre el uso del condón fueron predictores significativos referentes a la intención de usar condón en los próximos tres meses ($\beta=0.24, p<.001$). Las actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia de los adolescentes muestran utilidad para predecir las intenciones sobre el uso del condón en sus relaciones sexuales en los próximos tres meses.

Broaddus, Schmiede y Bryan (2011) examinaron las intenciones para el uso del condón en un estudio longitudinal (6 y 12 meses de seguimiento) con 728 adolescentes. Los hallazgos muestran que al inicio del estudio, los adolescentes aludieron usar el condón ($t=2.84, p<.005$) e intenciones para uso del mismo ($t=4.54, p<.001$) y a los 6 meses de seguimiento refirieron usar el condón ($t=4.66, p<.001$). En el seguimiento de 12 meses, las intenciones de las mujeres para usar el condón se relacionaron con las actitudes ($r=0.24, p<.001$), la autoeficacia ($r=0.25, p<.001$) y las normas subjetivas ($r=0.10, p<.010$). Asimismo, las intenciones de los hombres se asociaron con las actitudes ($r=0.20, p<.001$), la autoeficacia ($r=0.28, p<.001$) y las normas subjetivas ($r=0.29, p<.001$). Con el paso del tiempo, los adolescentes refieren mayores intenciones para protegerse con el condón durante sus relaciones sexuales.

Hennessy et al. (2010) estudiaron los factores que influyen en la intención sobre la conducta sexual de los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 415

adolescentes de 14 a 17 años; realizaron seguimientos a los 3, 6, 12 y 18 meses. En los resultados encontraron que la actitud tiene la asociación más fuerte con la intención para practicar el sexo vaginal ($r=0.74, p<.05$), seguida de la norma subjetiva ($r=0.50, p<.05$) y una asociación baja con el control conductual percibido ($r=0.08, p<.05$). El modelo de las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido, mostró buen ajuste hacia las intenciones de los adolescentes hacia el comportamiento pasado relacionado al sexo vaginal ($X^2= 24.87, gl=3, p<.05, CFI=0.82, RMSEA=0.13$). La conducta pasada predijo la conducta subsecuente ($\beta=1.49, DE= 6.05, p<.05$). En este estudio, la actitud del adolescente fue el determinante de la intención que se presentó antes que la norma subjetiva para la ejecución de la conducta.

Carmack y Lewis-Moss (2009) investigaron si la teoría de la conducta planeada predice la conducta en 462 adolescentes entre 12 a 17 años. En los resultados, de las variables de la teoría de la conducta planeada, sólo las normas subjetivas ($\gamma= 0.544, p<.05$) y el control conductual percibido ($\gamma=0.627, p<.001$), tuvieron una influencia significativa sobre la intención de los adolescentes para usar condones; las actitudes no influyeron significativamente en las intenciones de los adolescente ($\gamma=0.02, p>.05$). Los hallazgos de este estudio reflejaron que las normas subjetivas y el control conductual percibido predicen las intenciones de los adolescentes para el uso del condón durante sus relaciones sexuales.

Fatusi y Blum (2008) examinaron los predictores de la iniciación sexual de los adolescentes en una muestra de 1,195 adolescentes de 15-19 años. En los resultados, los investigadores encontraron que los adolescentes durante el inicio sexual mostraron actitudes más positivas hacia la eficacia del condón (Hartz Ratio [HR]=1.28, $IC95\%$ [1.07-1.53], $p=.01$ en hombres; $HR=1.24, IC95\%$ [1.05-1.46], $p=.01$ en mujeres) y actitudes más positivas hacia el uso de métodos anticonceptivos ($HR=1.19, IC95\%$ [1.09-1.3], $p<.0001$ en hombres; $HR= 1.18, IC95\%$ [1.7 a 1.30], $p=.01$ en mujeres). Los hombres tuvieron acceso a los condones ($HR=1.42, IC95\%$ [1.14-1.76], $p=.01$) y las

mujeres reportaron actitudes positivas hacia la negación de las relaciones sexuales ($HR=1.13$, $IC95\%$ [1.4 a 1.23], $p=.01$), se encontró que tenían un riesgo leve para el inicio de vida sexual. Estos resultados son prometedores para considerar las actitudes y la eficacia del uso del condón en los programas dirigidos hacia los adolescentes.

Givaudan et al. (2008) investigaron el efecto del programa escolar contra el Sida (A Team Against AIDS) en 2,064 adolescentes en mexicanos durante un año. La investigación tuvo dos grupos, el grupo experimental que recibió el programa escolar contra el Sida con duración de 30 horas (2 horas por semana) durante el semestre y el grupo control acogió el curso llamando sexualidad y primeros auxilios (Sexuality and First Aid) durante dos horas por semestre. El efecto de la intervención incrementó el conocimiento relacionado con el Sida ($\gamma=0.356$, $p<.01$) y disminuyó durante el seguimiento ($\gamma=-0.037$, $p<.01$), con respecto a la autoeficacia sobre el uso de condón, la puntuación aumentó después de la intervención ($\gamma=0.319$, $p<.01$) y se redujo con el tiempo ($\gamma=-0.065$, $p<.01$), la actitud sobre el uso del condón se incrementó ($\gamma=0.273$, $p<.01$) y decreció en el seguimiento ($\gamma=-0.065$, $p<.01$). Sin embargo, las normas subjetivas de los adolescentes no mostraron ningún efecto en la intención de uso del condón. La intervención fue efectiva para incrementar el conocimiento sobre el Sida en los adolescentes, así como la autoeficacia y las actitudes para usar el condón, aunque éstas disminuyeron con el paso del tiempo.

En síntesis, en las mujeres y los hombres, las actitudes ($r=0.20$ a $r=0.24$), las normas subjetivas ($r=0.10$ a $r=0.29$) y la autoeficacia ($r=0.25$ a $r=0.28$), se asociaron significativamente con las intenciones sobre el uso del condón. En otros estudios, las actitudes de los adolescentes predijeron entre un 27% a 67% la intención de usar condones; las normas subjetivas de los adolescentes predijeron un 54% la intención de usar condones; y la autoeficacia de los adolescentes predijo entre un 24% a 62% la intención de usar condones. Además se encontró, que la intención de los adolescentes para usar condones en sus relaciones sexuales, se explica con una varianza del 76%. En

un estudio, la actitud del adolescente tuvo una asociación significativa con la intención para practicar el sexo vaginal ($r=0.74$), dando pauta a que la actitud se presente antes que la norma subjetiva y la autoeficacia respecto a la intención. En dos estudios, los adolescentes reportaron mejores actitudes positivas relacionadas con la intención para usar condón. En los estudios de intervención enfocados en el uso del condón y métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales, refieren que el tiempo para que la intención se refleje en la conducta gira alrededor de tres meses.

Intervenciones conductuales protectoras del riesgo sexual.

Picot et al. (2012) realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones conductuales para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes de 13-19 años en 15 estudios controlados. Los resultados reflejaron que dos estudios de intervención, los participantes tuvieron menos probabilidades de haber iniciado las relaciones sexuales en comparación con los participantes del grupo control. Catorce de los estudios informaron que los adolescentes usaron el condón en diferentes momentos: en la primera relación sexual, en el episodio más reciente, uso frecuente y durante sus relaciones sexuales. La educación sexual que han recibido los jóvenes por medio de las intervenciones les aumenta el conocimiento para tomar decisiones en su conducta sexual.

Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina y Carey (2011) realizaron un meta-análisis para proporcionar una revisión actualizada de la eficacia en las intervenciones conductuales para reducir el riesgo sexual del VIH entre los adolescentes de 98 intervenciones (51, 240 participantes) a partir de 67 estudios. Encontraron éxito en las intervenciones cuando los adolescentes pertenecían a una institución ($\beta=0.92, p<.001$), asimismo una reducción de casos nuevos de ITS (31% laboratorio de diagnóstico y el 69% auto informada). Estos hallazgos indican que las intervenciones conductuales ayudan a reducir el comportamiento de riesgo sexual y prevenir la transmisión de las ITS.

Kennedy, Medley, Sweat y O'Reilly (2010) efectuaron un meta-análisis para evaluar el efecto diferencial de las intervenciones de prevención entre las personas infectadas y no infectadas con el VIH en 19 estudios de investigación. Los resultados mostraron que las intervenciones conductuales tuvieron un impacto más fuerte sobre el uso del condón entre las personas con VIH-positivo ($OR=3.61$, $IC95\%$ [2.61-4.99]; $p=.001$) que entre los individuos con VIH-negativo ($OR=1.32$, $IC95\%$ [0.77-2.26]; $p=.001$). Las intervenciones dirigidas a las personas con VIH positivos también mostraron un efecto positivo en el uso de preservativo ($OR=7.84$, $IC95\%$ [2.82-21.79], $p=.001$). Los datos reflejan que las intervenciones conductuales favorecen en las personas el uso del condón durante sus relaciones sexuales.

Villarruel, Zhou, Gallegos y Ronis (2010) examinaron la eficacia de un programa de promoción de actividad sexual de menor riesgo en cuanto al comportamiento sexual, el uso del condón y otros métodos anticonceptivos en jóvenes mexicanos, en un seguimiento de 48 meses posteriores a la intervención. La muestra estuvo conformada por 709 adolescentes. La edad media en la primera relación sexual fue de 17.15 años ($DE=1.54$). De los 334 adolescentes que reportaron tener relaciones sexuales en los últimos tres meses, el 81% mencionaron usar el condón. Los adolescentes del grupo experimental mostraron una probabilidad más alta de tener una edad mayor al momento de la primera relación sexual (razón de posibilidades [OR]=1.27, $IC95\%$ [0.41-2.12]) y más probabilidades de usar condones en la primera relación sexual ($OR=1.75$, $IC95\%$ [1.14-2.69]) o de otros anticonceptivos en la primera relación sexual ($OR=1.53$, $IC95\%$ [1.00-2.33]) que el grupo control. Los adolescentes que participaron en el grupo experimental mostraron mejores decisiones en cuanto al comportamiento sexual y uso de métodos anticonceptivos.

Gallegos et al. (2008) determinaron la eficacia de una intervención conductual-educativa nombrada "Cuidate" diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/Sida y embarazos no planeados de adolescentes mexicanos. Los resultados

reflejaron mayores intenciones de usar el condón y anticonceptivos en comparación con el grupo control en adolescentes entre las edades de 14 a 17 años. Los resultados reflejaron que los participantes del grupo experimental reportaron mayor nivel de intenciones de usar condones ($M=0.15$, $IC95\%$ [0.09-0.20], $p<.001$) y de usar métodos anticonceptivos ($M=0.16$, $IC95\%$ [0.07-0.24], $p<.001$) en los siguientes tres meses, en comparación con el grupo control. Asimismo, los adolescentes reportaron que la autoeficacia presentó significancia ($p<.001$) después de la intervención. Del total de los participantes el 9.5% manifestaron tener relaciones sexuales e iniciaron su vida sexual activa a los 14 años de edad. Estos resultados son prometedores para trasladar las intervenciones conductuales basadas en la evidencia en la modificación de conductas sexuales de riesgo para VIH/Sida en los adolescentes mexicanos.

Villarruel, Jemmott y Jemmott (2006) probaron la eficacia de una intervención de prevención llamada "Cúidate" para reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes latinos entre 13 a 18 años de edad. Los adolescentes refirieron tener su primera relación sexual a los 13.5 años edad. Los adolescentes de la intervención contra el VIH tuvieron menores probabilidades de tener relaciones sexuales ($OR=0.66$, $IC95\%$ [0.46-0.96]), parejas múltiples ($OR=0.53$, $IC95\%$ [0.31-0.90]) y días de relaciones sexuales sin protección (Riesgo Relativo [RR]=0.47, $IC95\%$ [0.26-0.84]) y mayor probabilidad de usar condones consistentemente ($OR=1.91$, $IC95\%$ [1.24-2.93]) en los últimos tres meses de seguimiento en comparación con la intervención de promoción de la salud. Los hallazgos reflejan que los adolescentes latinos asignados al grupo experimental disminuyeron su actividad sexual e incrementaron el uso del condón durante sus relaciones sexuales.

Clark et al. (2005) probaron el efecto de un programa que promueve la abstinencia sexual en los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 462 adolescentes; los cuales fueron asignados al grupo experimental y al grupo control. Los estudiantes que recibieron la intervención disminuyeron las intenciones de tener

relaciones sexuales (47% vs 54%; OR parcial=0.30, $IC95\%$ [0.09-0.94], $p<.05$) y aumentó la abstinencia en comparación con los estudiantes que no recibieron la intervención, aunque los resultados no fueron significativos. El programa mostró efectos favorables para modificar conductas sexuales de riesgo.

Lightfoot et al. (2005) examinaron el comportamiento de la transmisión entre los jóvenes que viven con VIH, pre y post terapia antirretroviral de gran actividad (HAART). Esta intervención tuvo dos cohortes la primera Pre-HAART y la segunda Post-HAART. Los jóvenes que participaron en Post-HAART fueron más propensos en tener una infección de transmisión sexual que los jóvenes de Pre-HAART ($OR=0.62$, $IC95\%$ [0.43-0.90], $p<.05$) y a su vez, reportaron casi el doble de probabilidad de practicar relaciones sexuales sin protección ($OR=1.96$, $IC95\%$ [1.34-2.87], $p<.01$). Los jóvenes que participaron en Pre-HAART mostraron mayor protección en sus relaciones sexuales y menores reportes de infecciones de transmisión sexual.

DiClemente et al. (2004) evaluaron la eficacia de una intervención para reducir los comportamientos de riesgo sexual, infecciones de transmisión sexual, embarazos y mejorar conductas de prevención del VIH en adolescentes de 14 a 18 años de edad. Las adolescentes que participaron en la intervención reportaron mayor uso consistente del condón durante los últimos 30 días del seguimiento a los 12 meses en comparación con el grupo control (análisis no ajustado, 73.3% vs 56.5%; $OR=2.23$, $IC95\%$ [1.17-4.27]; $p=.02$; OR ajustado=2.23, $IC95\%$ [1.17-4.27]; $p=.02$). De igual manera, las participantes de la intervención fueron más propensas a usar condones de manera consistente durante los 6 meses anteriores al seguimiento de 6 meses (análisis no ajustado, intervención 61.3% vs comparación 42.6%; OR ajustado=2.48, $IC95\%$ [1.44-4.26], $p=.001$) y la evaluación a los 12 meses (análisis no ajustado, intervención 58.1% vs comparación 45.3%; OR ajustado=2.14, $IC95\%$ [1.20-3.84], $p=.01$). Las intervenciones para las adolescentes que se adaptan al género y a la cultura, pueden mejorar las conductas de prevención del VIH para reducir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Stanton et al. (2004) determinaron si una intervención de padres (padres e hijos juntos [Impact]) con o sin refuerzos reduce las conductas sexuales de riesgo en comparación con las percepciones de los jóvenes de la intervención Focus on Kids (FOK) a los 24 meses después de haber participado en el programa. Los jóvenes de la intervención Impact utilizaron siempre el condón durante sus relaciones sexuales en comparación con la intervención FOK (77.9 % vs 64.9%, $p < .05$). Los hallazgos indican que un porcentaje considerable de los adolescentes, se protegen durante sus relaciones sexuales.

Rotheram-Borus et al. (2003) evaluaron un programa para prevenir el VIH en adolescentes fugitivas durante dos años. Los resultados reflejaron que las mujeres que recibieron la intervención "Street Smart " redujeron significativamente sus actos sexuales sin protección a los 2 años en comparación con el grupo control ($OR=0.35$, $p=.018$). Las participantes que manifestaron abstinencia de sexo vaginal y anal al inicio del estudio, mostraron con mayor probabilidad de permanecer en abstinencia durante los seguimientos ($t=2.94$, $gl=70$, $p=.004$). Las adolescentes fugitivas tienen un riesgo de 6 a 12 veces más probabilidad de ser infectadas con el VIH por lo que intervenciones como "Street Smart" resultan ser efectivas para transferir a la práctica.

En síntesis, los adolescentes que participan en las intervenciones conductuales tienen un 15% de probabilidad en las intenciones para usar condones y 16% de probabilidad para utilizar métodos anticonceptivos. Además, los adolescentes reportaron un 66% de probabilidad para abstenerse de las relaciones sexuales y 53% de probabilidad para tener menor número de parejas. Los jóvenes que reciben tratamiento para el VIH modifican su conducta teniendo un 62% de probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual. Los adolescentes que participan con uno de sus padres en la intervención reportan un 78% de protección con el condón durante sus relaciones sexuales.

Síntesis de la revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica realizada se enfocó en las variables como factores de la organización, sistema de apoyo al profesional de salud, sistema de entrega, actitud, norma subjetiva, autoeficacia, intención del adolescente e intervenciones conductuales protectoras del riesgo sexual. Los factores de la organización identificados en la revisión fueron el liderazgo, las relaciones entre los supervisores y proveedores de servicio, las características de la organización, los recursos de la oficina, las actitudes del profesional de salud y el financiamiento. El liderazgo fue la variable que mostró la asociación más fuerte que permite la apertura y funcionalidad del programa, así como en los manejos financieros. Además, cuando la organización es privada existe un efecto directo para el apoyo de la organización y los profesionales de salud refieren actitudes más positivas para favorecer el uso del programa.

En el sistema de apoyo, se identificó el entrenamiento y la asistencia técnica como pilares para este sistema. Los proveedores informaron que el entrenamiento recibido les favoreció en varios aspectos, tales como la adquisición de conocimientos relacionados con los contenidos del programa, el desarrollo de habilidades para la ejecución del programa e incremento en la confianza para realizar las actividades del programa. El tiempo máximo que duró el entrenamiento fue aproximadamente de 20 horas. Los profesionales de salud mencionaron que la asistencia técnica implicó asuntos relacionados con la planeación, el financiamiento, la organización de espacios físicos, la implementación, el reentrenamiento y la sostenibilidad del programa.

Además, la asistencia técnica se proporcionó con fines educativos que incluyó la demostración de habilidades y conocimiento para favorecer la entrega del programa. También la asistencia técnica involucró el mantener la comunicación por medio de visitas presenciales y telefónico; contacto con los coordinadores y coordinación con los supervisores. El promedio de la asistencia recibida por parte del personal fue aproximadamente de 76 horas.

El sistema de entrega es propicio para la viabilidad del programa en la unidad de salud; las mujeres profesionales de salud tienen mayor probabilidad para llevar a cabo el programa en su área de trabajo. El agente de cambio es personal de las organizaciones que brinda soporte a sus compañeros en la preparación, implementación, la calidad y el sostenimiento del programa en sus instituciones tanto de salud como educativas. El entrenamiento y la asistencia técnica mostraron efectos positivos en la evaluación del desempeño de los proveedores y en el sistema de recolección de datos durante la entrega de los programas.

Asimismo, la asistencia técnica brindada a los proveedores reflejó efectos considerables con el compromiso del equipo, la implementación y el mantenimiento de los programas. El porcentaje más alto mencionado el apego a los contenidos del programa fue el 91%. Los proveedores refirieron algunos inconvenientes con la entrega del programa, tales como la aparición de otros compromisos, realinearon sus recursos para llevar a cabo el programa, la falta de tiempo, entre otros.

Las intenciones de los adolescentes están determinadas por las actitudes, normas subjetivas y autoeficacia, las cuales se relacionan para usar condones, métodos de planificación sobre su conducta sexual. Las intervenciones conductuales resultan medios efectivos para que los adolescentes adquieran conocimientos y habilidades para favorecer la conducta protectora del riesgo sexual como la práctica de la abstinencia sexual y la disminución en el número de parejas.

En base a la revisión de la literatura así como a lo estipulado en el marco teórico conceptual en el cual se sustenta esta investigación, se plantearon los siguientes objetivos e hipótesis.

Objetivos

1. Identificar la transferencia del conocimiento por unidad de salud.
2. Identificar la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes por unidad de salud.
3. Determinar diferencias en la conducta protectora del riesgo sexual de acuerdo a la unidad de salud correspondientes a la primera y segunda medición.

Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis que guiaron el presente estudio para el análisis de las relaciones de la teoría de rango medio propuesta:

1. Los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la conducta protectora del riesgo sexual.
2. El sistema de apoyo al profesional de salud influye positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual.
3. Los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual.
4. El apoyo administrativo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.
5. El apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.
6. El apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS.
7. El apoyo administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.
8. El apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.
9. El apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en

la implementación del programa JUVENIMSS.

10. La gestión del personal administrativo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.

11. La gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

12. La gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

13. La gestión del personal administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.

14. La gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

15. La gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

16. El liderazgo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.

17. El liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

18. El liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

19. El liderazgo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.

20. El liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

21. El liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS.
22. El entrenamiento se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.
23. El entrenamiento se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS.
24. La supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.
25. La supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS.
26. La actitud de los adolescentes hacia la conducta protectora del riesgo sexual (CPRS) se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.
27. La norma subjetiva de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.
28. La autoeficacia de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.
29. La intención de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la CPRS.
30. La actitud, la norma subjetiva, la autoeficacia y la intención de los adolescentes hacia la CPRS influyen positivamente en la conducta protectora del riesgo sexual.

Definición de términos

Como ya se describió con anterioridad, la teoría de rango medio para la transferencia del conocimiento se derivó del Modelo del Sistema Interactivo (Wandersman, Chien & Katz, 2012) y de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991); en la Figura 3 se ilustra las relaciones de la teoría de rango medio propuesta para el presente estudio. La transferencia del conocimiento a la práctica requiere de un proceso integral que permita a través de un programa obtener los mejores resultados de

salud en los adolescentes. El modelo comprende diferentes conceptos tales como síntesis y sistema de transferencia hacia la CPRS, factores de la organización, sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS, sistema de entrega hacia la CPRS, actitud del adolescente hacia la CPRS, norma subjetiva del adolescente hacia la CPRS, autoeficacia del adolescente hacia la CPRS, intención del adolescente hacia la CPRS y la conducta protectora del riesgo sexual.

La teoría de rango medio para la transferencia del conocimiento considera la *síntesis y sistema de transferencia hacia la CPRS*, se refiere a la selección de la evidencia disponible referente al VIH/Sida, ITS y embarazos no planeados que proviene de las GPC, EBIs y NOMs transferidos a la práctica por medio del programa JUVENIMSS para que los adolescentes conozcan y adquieran habilidades hacia la conducta protectora del riesgo sexual; se consideró el programa JUVENIMSS para las mediciones de las variables.

Los *factores de la organización* están dirigidos a desarrollar los cambios necesarios en la unidad de salud para facilitar el uso del programa JUVENIMSS (por ejemplo, suficientes recursos, espacios físicos y acuerdos entre el personal del programa); se midieron con la Escala de Medición de los Componentes de Implementación, Subescalas Recurso Humano, Apoyo Administrativo, Gestión del Personal Administrativo y Liderazgo (Fixsen et al., 2008).

El *sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS* corresponde a las actividades de enseñanza-aprendizaje proporcionadas al profesional de salud para el dominio de las sesiones del programa JUVENIMSS para transmitir la información a los adolescentes de las instituciones educativas y se midió con la Escala Medición de los Componentes de Implementación, Subescalas Entrenamiento y Supervisión/Asistencia Técnica (Fixsen et al., 2008).

El *sistema de entrega hacia la CPRS* se refiere a los esfuerzos entre administradores, entrenadores y profesionales de salud capacitados para la incorporación

del programa JUVENIMSS en las instituciones educativas; se utilizó la Escala Medición de los Componentes de Implementación, Subescalas Evaluación del Desempeño y Implementación (Fixsen et al., 2008); y Evaluación de las Actividades por el Adolescente (Villarruel, 2002).

En relación hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes, se determina por la *actitud del adolescente hacia la CPRS* indica la opinión del adolescente relacionada con su conducta vista como el reflejo de las consecuencias de sus relaciones sexuales y se midió con la Escala Actitud Positiva hacia el Uso de los Preservativos y Planificación Sexual (EAP; López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2009).

La *norma subjetiva del adolescente hacia la CPRS* se refiere a las creencias rectoras de las personas importantes del adolescente que aprobarían o desaprobarían que usara condón o algún método anticonceptivo durante su relación sexual y se empleó la Subescala de Normas Subjetivas (Jemmott, Jemmott & Villarruel, 2002).

La *autoeficacia del adolescente hacia la CPRS* es la confianza del adolescente para abstenerse o protegerse (condón o algún método anticonceptivo) en sus relaciones sexuales y se valoró con la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (SEA-27), Subescala Autoeficacia (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001).

La *intención del adolescente hacia la CPRS* indica la probabilidad percibida por el adolescente para usar condón o algún método anticonceptivo si tiene relaciones sexuales en los próximos tres meses y se consideró la Escala de Intenciones para el Uso del Condón y Anticonceptivos (Villarruel, Jemmott & Jemmott, 1999).

Por último, la *conducta protectora del riesgo sexual* es la capacidad del adolescente para utilizar sus conocimientos, habilidades y recursos para responder ante las conductas sexuales de riesgo, practicando la abstinencia sexual, uso correcto del condón y tener sólo una pareja sexual; se usó la Escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel et al., 2004) y la Escala de Conocimiento sobre Embarazo, VIH/Sida e ITS (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos, procedimientos de selección de participantes y recolección de información, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo correlacional (Burns & Grove, 2005; Polit & Hungler, 2000), el cual se considera pertinente para cumplir con el propósito del estudio orientado a identificar los elementos que operan en el proceso de transferencia y cómo influyen en el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual para ITS/VIH/Sida en adolescentes del programa JUVENIMSS de acuerdo a las unidades de salud. La obtención de datos para los profesionales fue solamente una medición y para los adolescentes fue tipo longitudinal con dos mediciones, una medición basal y otra tres meses posteriores a la primera medición (Burns & Grove, 2005; Polit & Hungler, 2000).

Las variables que se utilizaron en la primera medición en los profesionales de salud fueron recurso humano, apoyo administrativo, gestión del personal administrativo y liderazgo (factores de la organización); entrenamiento y supervisión/asistencia técnica (sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS); desempeño e implementación (sistema de entrega hacia la CPRS).

En la primera y en la segunda medición, las variables que se emplearon en los adolescentes fueron evaluación de las actividades (sistema de entrega hacia la CPRS), actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención del adolescente hacia la CPRS. Así como la variable resultado (conducta protectora del riesgo sexual) en los adolescentes, la cual corresponde a la conducta sexual y el conocimiento sobre embarazo, VIH/Sida e ITS.

Población

La población de interés correspondió a profesionales de salud de 23 unidades de salud de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social que participan en el programa JUVENIMSS, así como por adolescentes graduados de dicho programa impartido en secundarias y preparatorias aledañas a las unidades de salud. Se consideró el censo de los profesionales de salud que proporcionan las sesiones del programa JUVENIMSS equivalente a 122 participantes; los porcentajes de participación de acuerdo a la unidad de salud se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1

Porcentajes de las unidades de salud

Número de la unidad de salud	<i>f</i>	%
2	6	4.9
3	11	9.0
5	6	4.9
6	4	3.3
7	1	0.8
15	3	2.5
20	2	1.6
26	6	4.9
27	10	8.2
28	1	0.8
29	5	4.1
30	11	9.0
31	8	6.6
32	4	3.3
35	7	5.7
36	4	3.3
37	5	4.1
39	1	0.8
43	6	4.9
58	3	2.5
64	6	4.9
66	5	4.1
68	7	5.7

Nota: $n=23$ unidades de salud; $n=122$ profesionales de salud

Respecto a los adolescentes, se consideró el censo de los adolescentes que recibieron las sesiones del programa JUVENIMSS equivalente a 298 participantes, el cual correspondió a ocho unidades de salud. De éstos, el investigador principal observó las sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva de las unidades que impartieron el programa en los meses de Septiembre y Octubre de 2013; más información se puede apreciar en el Apéndice G.

Criterios de inclusión

En el estudio participaron los profesionales de salud del programa JUVENIMSS. Además, los adolescentes solteros que recibieron las sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva, correspondientes al nivel educativo secundaria y preparatoria.

Criterios de exclusión

En el estudio quedaron excluidas las unidades de salud que no proporcionaron las sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva del programa JUVENIMSS en el periodo de recolección de datos (Septiembre-Octubre 2013).

Instrumentos para el profesional de salud

Para recolectar los datos de identificación en relación con los profesionales, se utilizó el formato de información del profesional de salud, el cual incluye edad, género, profesión, entre otros (Apéndice D).

Las variables de los factores de la organización, sistema de apoyo y sistema de entrega fueron medidas por la Escala de Medición de los Componentes de Implementación (Fixsen, Panzano, Naom & Blasé, 2008), la cual ha sido aplicada a terapeutas en formación y con experiencia, administradores y líderes de organizaciones de un programa con 10 años de implementación. Ayuda a los profesionales a utilizar las innovaciones de una manera eficaz. Está constituido por 91 reactivos, un ejemplo es Usted fue asignado exclusivamente por su unidad de salud para participar en el programa JUVENIMSS, su escala de respuesta va desde 0= *No sé* hasta 7= *Totalmente*

de acuerdo. Además contiene ocho subescalas para ser aplicadas a los profesionales de salud: B) selección del profesional de salud, C) entrenamiento, D) supervisión/asistencia técnica, E) evaluación del desempeño, F) apoyo administrativo, G) gestión del personal administrativo, H) liderazgo e I) implementación.

El cuestionario fue sometido a dos procesos de traducción oficiales del Inglés al Español; también se reestructuraron las preguntas al contexto mexicano, su comprensión fue valorada posteriormente a través de la prueba piloto. Cada subescala tiene un puntaje mínimo de 0 y el puntaje máximo de 100; un mayor puntaje refleja mayor apego al proceso de transferencia establecido como el ideal. Al análisis individual de cada reactivo, cuando el puntaje estuvo entre 0 y 4 se consideró como malos; sin embargo, cuando el puntaje osciló entre 5 y 7 se clasificaron como buenos aspectos relacionados por cada tópico indagado. El análisis de la consistencia interna de la escala ha presentado coeficientes de Alpha de Cronbach entre .79 y .91 (Ogden et al., 2012; Apéndice E). Para el presente estudio el Alpha de Cronbach global se concentró en .90; los Alfas por cada subescala del instrumento oscilaron entre .64 y .95; todos los Alfas del instrumento se pueden apreciar en la tabla 2.

Tabla 2

Consistencia interna del instrumento para profesionales de salud

Instrumento	No. de reactivos	Confiabilidad (Alpha)
Componentes de implementación	91	.914
Recurso humano	9	.646
Apoyo administrativo	7	.841
Gestión del personal administrativo	4	.863
Liderazgo	10	.934
Entrenamiento	9	.948
Supervisión/asistencia técnica	10	.892
Evaluación del desempeño	10	.922
Implementación	32	.952

n=122 profesionales de salud

Para la observación de las sesiones relacionadas con la prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva, se utilizó una lista de cotejo; la cual fue creada para el presente estudio de acuerdo a los contenidos de las sesiones del programa JUVENIMSS proporcionadas por los profesionales de salud. Se incluyen además aspectos relacionados con la transmisión del conocimiento, las actividades de aprendizaje y características del profesional de salud. La lista de cotejo contiene 52 criterios de observación, un ejemplo de enunciado es Ejemplifica paso a paso como usar correctamente el condón, la opción para observar es *Sí* o *No* (Apéndice F). El número de unidades de salud para la observación radicó en las programaciones de las sesiones para los meses de Septiembre y Octubre de 2013 en adolescentes de secundaria y preparatoria; los hechos se visualizan en el Apéndice G. Los grupos que reciben el programa, corresponden a los autorizados por los directivos de las secundarias o los asignados al programa de tutorías de las preparatorias; dependiendo de los grupos, se realizó la programación de las sesiones.

Instrumentos para el adolescente

Para recolectar la información en relación al adolescente se utilizó el formulario de registro del adolescente que incluye nueve preguntas relacionadas con edad, género, nombre de la escuela, entre otras (Apéndice H).

La evaluación de las actividades por el adolescente se midió como parte del sistema de entrega (Villarruel, 2002). La escala ha sido aplicada en adolescentes mexicanos; valora las opiniones de los adolescentes sobre las actividades relacionadas con el programa y los profesionales de salud. La escala consta de 20 reactivos, un ejemplo de reactivo es ¿Te gustaron las actividades que realizaste en el programa JUVENIMSS? La escala tiene diferentes tipo de respuesta, un ejemplo es 1=*no me gustaron en lo absoluto* hasta 5=*me gustaron mucho*. La escala tiene un puntaje mínimo de 20 y el puntaje máximo de 98; las puntuaciones más altas de acuerdo con la escala indican evaluaciones más favorables de los adolescentes por su participación en el

programa. Esta escala no ha reportado Alpha de Cronbach (Villarruel et al., 2004; Apéndice I).

La variable actitud fue medida por medio de la Escala Actitud Positiva hacia el uso de los Preservativos y Planificación Sexual (EAP). La escala ha sido aplicada en adolescentes mexicanos; valora el uso del preservativo y la planificación de las relaciones sexuales con responsabilidad. Esta escala contiene 10 reactivos, un ejemplo de ítem es El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual. La opción de respuesta es tipo likert que va 1= *muy en desacuerdo* hasta 5= *muy de acuerdo*. La escala tiene un puntaje mínimo de 10 y el puntaje máximo de 50; las puntuaciones altas de acuerdo con la escala indican niveles altos de actitud. Esta subescala ha reportado un Alpha de Cronbach de .56 (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2009; Apéndice J).

La variable norma subjetiva del adolescente se midió con la Subescala de Normas Subjetivas (Jemmott, Jemmott & Villarruel, 2002). Esta subescala ha sido validada en adolescentes latinos y mexicanos; mide la percepción acerca de la aprobación de padres sobre su conducta sexual (relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y uso del condón). La subescala original consta de 18 reactivos, para el presente estudio se utilizarán 6 ítems relacionados con la aprobación de los padres con el uso del condón y métodos anticonceptivos, un ejemplo de reactivo sería ¿Tu madre aprobaría o desaprobaría si tuvieras relaciones sexuales en los próximos 3 meses? La opción de respuesta es tipo likert que va 1= *desaprobarían mucho* hasta 5= *aprobarían mucho*. La escala tiene un puntaje mínimo de 6 y el puntaje máximo de 30, el joven tiene mayor percepción de aprobación de sus padres acerca de su conducta sexual. Esta subescala ha reportado un Alpha de Cronbach de .68 (Villarruel et al., 2004; Apéndice K).

La variable autoeficacia del adolescente se valoró a través de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (SEA-27; López-Rosales & Moral-de la Rubia,

2001). Esta escala ha sido validada en adolescentes mexicanos; ha sido utilizada para prevenir el Sida en cuatro aspectos: 1) la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias; 2) la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo; 3) la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón; y 4) la capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, la fidelidad y hablar de temas sexuales con los padres. Está compuesto por 27 reactivos, para esta investigación se usaron 12 ítems relacionados con la autoeficacia para adquirir condones, habilidades técnicas y tener relaciones sexuales monógamas, un ejemplo de reactivo es ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?

La escala de respuestas es tipo likert que va de 1 a 5 donde 1= *nada seguro* hasta 5= *total seguro*. La escala seleccionada tiene un puntaje mínimo de 12 y el puntaje máximo de 60; las puntuaciones altas de acuerdo con la escala indican niveles altos de autoeficacia. Se realizó una rotación ortogonal de la matriz factorial por el método varimax, la cual muestra buen grado de validez discriminativa: a) el primer factor comprende 11 elementos que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias; explica 25.82% de la varianza total y presenta una consistencia interna muy elevada de .92; b) el segundo factor comprende ocho elementos referentes al uso del preservativo; explica 14.29% de la varianza total y su consistencia interna es moderadamente alta de .75; c) el tercer factor comprende cuatro elementos sobre el matrimonio, la fidelidad y hablar de las relaciones sexuales con los padres; explica 9.6% de la varianza y tiene una consistencia interna de .75; y d) el cuarto factor está compuesto por cuatro elementos que involucran 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 alta de .80. Esta escala en general ha reportado un Alpha de Cronbach de .91 (Apéndice L).

Para la variable intención del adolescente se utilizó la Escala de Intenciones para el Uso del Condón y Anticonceptivos (Villarruel, Jemmott & Jemmott, 1999). Esta escala ha sido probada en adolescentes latinos y mexicanos; evalúa la probabilidad percibida que los adolescentes realicen ciertas conductas sexuales. Contiene 4 reactivos, los dos primeros reactivos tienen la opción de respuesta tipo likert que va de 1= *muy improbable* hasta 5= *muy probable* y la escala de respuesta para las dos últimas preguntas va 1= *completamente en desacuerdo* hasta 5= *completamente de acuerdo*; un ejemplo de reactivo es ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja decidan usar algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses? La escala tiene un puntaje mínimo de 4 y el puntaje máximo de 20; los puntajes altos reflejan mayor probabilidad de realizar una conducta sexual segura. Esta escala ha presentado ha reportado un Alpha de Cronbach de .79 (Apéndice M).

La variable resultado CPRS se valoró por medio de la Escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel et al., 2004). El cuestionario fue validado en Latinos de habla Hispana entre 13 y 18 años de edad; evalúa la frecuencia de las conductas sexuales, el uso del condón y el sexo con múltiples parejas. Contiene 38 reactivos, un ejemplo de reactivo es ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón? La escala de respuesta 0= *yo nunca he tenido relaciones sexuales*, 1= *No* y 2= *Sí*. La escala tiene un puntaje mínimo de 0 y el puntaje máximo de 72; para fines de análisis del presente estudio, los resultados se clasificaron en sin riesgo cuando el adolescente nunca tuvo relaciones sexuales, bajo riesgo cuando el adolescente mencionó que no tuvo relaciones sexuales en los últimos tres meses y alto riesgo cuando el adolescente refirió tener relaciones sexuales sin protección. Los autores reportan Alpha de Cronbach de .72 a .67 para mujeres y hombres respectivamente (Apéndices N y O).

La variable conocimiento se evaluó por medio de la Escala de Conocimiento sobre Embarazo, ITS/VIH/Sida (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992). La escala ha sido

probada con Latinos de habla hispana entre 13 y 18 años de edad; valora el conocimiento sobre los medios de transmisión, prevención y detección ITS/VIH/Sida. Está conformado por 24 reactivos, un ejemplo de reactivo es Si tienes Sida, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades. Con una escala de respuesta de *verdadero, no sé y falso*. La escala tiene un puntaje mínimo de 0 y el puntaje máximo de 24; cada respuesta contestada correctamente se asigna un punto y para las respuestas incorrectas se determina 0; se interpreta a mayor puntuación indica mayor nivel de conocimiento. Los ítems 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 la respuesta correcta es falso. Esta escala ha reportado un Alpha de Cronbach de .77 (Apéndice P).

En el presente estudio, el análisis de la consistencia interna de las escalas de los instrumentos para los adolescentes presentó Coeficientes de Alpha de Cronbach entre .59 y .98 para la primera medición y los Coeficientes de Alpha de Cronbach entre .63 y .99 para la segunda medición; todos los alfas del instrumento se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Coeficientes de confiabilidad de los instrumentos para los adolescentes

Instrumento	No. de reactivos	Confiabilidad (Alpha) 1ª. Medición	Confiabilidad (Alpha) 2ª. Medición
Evaluación de las actividades	20	.888	.992
Actitud	10	.599	.638
Norma subjetiva	6	.866	.816
Autoeficacia	12	.754	.804
Intenciones	4	.841	.889
Conducta sexual (general $n=40$)	31	.987	.986
Conducta sexual (mujeres $n=15$)	31	.984	.984
Conducta sexual (hombres $n=25$)	31	.988	.988
Conocimiento	24	.842	.885

$n=258$ adolescentes

Procedimiento de selección de participantes y recolección de información

Para la realización del estudio se solicitó la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Además, se pidió autorización al Departamento de Educación Continua del IMSS para la

realización del estudio (Apéndice Q). Asimismo, a los directivos de las instituciones educativas donde se desarrolla el programa, a los profesionales de salud participantes y a los adolescentes graduados del programa JUVENIMSS.

Selección de profesionales de salud.

El investigador principal acudió a cada unidad de salud para presentar el proyecto de investigación a los jefes de la unidad y solicitar la colaboración de los profesionales de salud. A su vez, se solicitó un espacio físico para el llenado de los consentimientos informados y la aplicación de cuestionarios. Además, se estableció un acuerdo verbal con el coordinador del programa JUVENIMSS para acudir a la observación de las sesiones del programa relacionadas con la temática del estudio.

Cuando los profesionales de salud expresaron verbalmente interés para participar en el estudio, se estableció una cita para entregar el consentimiento informado (Apéndice R) y la aplicación del cuestionario para profesionales de salud (Apéndice E). Al momento de la cita programada, se cuidó que el espacio físico tuviera privacidad para el llenado de los documentos previamente citados. Se dio inicio con la entrega del consentimiento informado por escrito y se proporcionó tiempo para leer detenidamente el documento y oportunidad para aclarar las preguntas que surgieran en relación con su participación en el estudio. Una vez aclaradas sus dudas, se indicó que firmaran el consentimiento informado al estar de acuerdo con lo estipulado en el documento.

Después de firmar el consentimiento informado se entregó un formulario de registro para asignarle su código de confidencialidad, el cual se colocó en el cuestionario; posteriormente, se dio tiempo para el llenado del mismo, al término se verificó que no hubiera saltado ninguna sección. Finalmente, concluido el cuestionario se agradeció su participación en el estudio; los datos proporcionados por los profesionales de salud están resguardados en cajas archivadoras y sólo el investigador principal tiene acceso a la información.

Para la observación de las sesiones del programa JUVENIMSS, el investigador

principal se programó con el coordinador del programa de cada unidad de salud para acudir a las instituciones educativas con la finalidad de observar las sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva. El día de la sesión, el investigador se presentó con el maestro responsable del grupo y con el profesional de salud que impartió el tema. Posteriormente, se dio inicio a la observación de la dinámica desempeñada durante las sesiones con apoyo de la lista de cotejo (Apéndice F).

Selección de adolescentes.

El investigador principal se presentó con el profesional de salud a cargo del programa JUVENIMSS en cada una de las 23 unidades de salud donde se desarrolló el programa; le explicó que el investigador principal acudiría en tres momentos, la primera para la observación de las sesiones, la segunda para la primera medición y la tercera para la segunda medición de los cuestionarios de los adolescentes. En la observación de las sesiones para la prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva el investigador se coordinó con el profesional de salud para la fecha, hora y lugar de las sesiones a observar; enseguida, se programó la aplicación de cuestionarios de los adolescentes; éstos se aplicaron una semana posterior a las sesiones recibidas, asimismo, se proporcionó el consentimiento informado para padres (Apéndice S), el cual entregaron los adolescentes el día de la aplicación del cuestionario.

En la primera medición, se acudió a los planteles educativos y se solicitó autorización a los directivos para contactar a los adolescentes que recibieron las sesiones para la prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva, así como un área física para la aplicación de los cuestionarios. Al momento de la cita para contestar el cuestionario primeramente se entregó el consentimiento informado (Apéndice T), se destinó tiempo para la lectura y aclaración de cualquier inquietud relacionada con su participación en el estudio, se indicó donde firmaría en caso de acceder a participar en el estudio. Posteriormente, se proporcionó un formulario de registro (Apéndice H) que contuvo un código impreso y otro autoadherible para colocar en el cuestionario.

El investigador principal y/o asistente de investigación le explicó al adolescente el lugar específico para pegar el código y el tiempo destinado para contestar el cuestionario. Al finalizar se revisó que no omitiera ninguna sección, se le informó verbalmente la fecha estimada para su próxima participación y se agradeció su colaboración en la primera medición. Por último, los datos proporcionados por los adolescentes están resguardados en cajas archivadoras y sólo el investigador principal tiene acceso a la información.

En la segunda medición, nuevamente se acudió a los planteles educativos y se solicitó autorización a los directivos para contactar a los adolescentes entrevistados previamente. Se les recordó a los estudiantes su participación para la segunda medición. El día de la aplicación del cuestionario, el investigador principal recibió a los adolescentes corroborando que estuvieran en la lista de participantes seleccionados previamente. Posteriormente, el investigador entregó el cuestionario al adolescente con el código correspondiente, proporcionó tiempo para la aplicación del mismo, al finalizar se revisó que no omitieran ninguna sección y se agradeció su participación. El adolescente que no acudió a la institución educativa el día programado para la aplicación del cuestionario, no se consideró su participación inicial para este estudio.

Consideraciones éticas

La presente propuesta de investigación se apegó a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 1987). De acuerdo al Título Segundo respecto a los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos Capítulo I, Artículo 13 en el estudio se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y el bienestar de los participantes. A continuación se especifican las consideraciones éticas que se consideraron para los profesionales de salud y para los adolescentes participantes en el estudio.

Consideraciones éticas para el profesional de salud.

Conforme a lo establecido en el Artículo 14, fracciones VI, VII y VIII se contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. De igual forma, se solicitó autorización al Instituto Mexicano del Seguro Social para encuestar a los profesionales de salud que participan en el programa JUVENIMSS.

De acuerdo al Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad del profesional de salud con la asignación de un código para el manejo de los datos y los resultados se dieron a conocer de manera general. El investigador principal resguardará la información personal por cinco años. El estudio se consideró como riesgo mínimo debido a la posibilidad de generar algún sentimiento de incomodidad en algunas preguntas relacionadas con su situación laboral que se incluyen el cuestionario para profesionales de salud (Artículo 17, fracción II).

Conforme a lo estipulado en el Artículo 18 no se dio suspensión de la investigación porque no se suscitó algún riesgo o daño a la salud del participante en quien se realizó la investigación. Asimismo, al participante se le mencionó que podía retirarse del estudio en el momento que lo manifestara. Concerniente al Artículo 20, se contó con el consentimiento informado por escrito de cada profesional de salud (Apéndice R). En relación al Artículo 21, fracciones I, III, VI, VII y VIII el participante de la investigación recibió una explicación clara y concreta del estudio como: a) la justificación y los objetivos de la investigación; b) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda; c) la libertad de retirarse en cualquier momento sin perjudicar su situación laboral; y d) la seguridad de su información se mantendría en el anonimato.

Del Capítulo V de la investigación en grupos subordinados se cuidó el Artículo 57 respetando que los profesionales de salud se sintieran con la libertad de participar sin la presión de alguna autoridad. A su vez, el Artículo 58, fracción I y II se le mencionó al

participante que se podía retirar del estudio en el momento que lo deseara sin afectar su situación laboral, se garantizó que la información obtenida en la investigación no sería utilizada en perjuicio del participante.

Consideraciones éticas para el adolescente.

Conforme a lo establecido en el Artículo 14, fracciones VI, VII y VIII se contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. De igual forma, se solicitó autorización a los directivos de las instituciones educativas donde se desarrolló el programa JUVENIMSS.

De acuerdo al Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad del adolescente con la asignación de un código para el manejo de los datos y los resultados se dieron a conocer de manera general. El investigador principal resguardará la información personal por cinco años. El estudio se consideró de riesgo mínimo ya que se trataron aspectos sensibles relacionados con la conducta sexual (Artículo 17, fracción II).

Conforme a lo estipulado en el Artículo 18 no se dio suspensión de la investigación al advertir algún riesgo o daño a la salud del participante dado que no se presentó este hecho. Asimismo, al participante se le notificó que podía retirarse del estudio en el momento que lo manifestara. En relación al Artículo 21, fracciones I, III, VI, VII y VIII el participante de esta investigación recibió una explicación clara y concreta del estudio como: a) la justificación y los objetivos de la investigación; b) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda; c) la libertad de retirarse en cualquier momento sin perjudicar su situación académica; y d) la seguridad de su información se mantendrá en el anonimato.

De acuerdo al Artículo 36, se obtuvo el consentimiento informado del padre o tutor por tratarse la investigación en menores de edad (Apéndice S), con previa autorización del padre o tutor, el adolescente firmó el asentimiento informado para participar en este estudio (Apéndice T).

Del Capítulo V de la investigación en grupos subordinados se cuidó el Artículo 57, se respetó que los adolescentes se sintieran con la libertad de participar sin la presión de alguna autoridad educativa. A su vez, respecto al Artículo 58, fracción I y II el participante se podría retirar del estudio en el momento que lo desee sin afectar su situación académica, la información obtenida en la investigación no fue utilizada en perjuicio del participante.

Análisis de datos

Los resultados se analizaron a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17.0, se obtuvo estadística descriptiva para conocer las características demográficas de la población y de los instrumentos (media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y máximo). Posterior a ello, se determinó la distribución de las variables por medio de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para normalidad con la corrección de Lilliefors, la asociación de las variables demográficas y los índices de los instrumentos con valores de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor apego al proceso de transferencia establecido como el ideal. A continuación se muestra el plan de análisis de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas:

Para el análisis de los objetivos 1 y 2, se realizó estadística descriptiva para conocer los componentes de la transferencia del conocimiento y la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes (media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y máximo).

Para el análisis del objetivo 3, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para detectar las diferencias entre las unidades de salud.

Para probar las hipótesis 1, 2 y 3, se usó la regresión lineal múltiple multivariada y univariada, para las hipótesis 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21 y 30, se empleó la regresión lineal múltiple univariada.

Para probar las hipótesis 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29 se utilizó la Correlación de Spearman dado que las variables no presentaron distribución normal.

Capítulo III

Resultados

En el presente apartado se muestra las características sociodemográficas de los profesionales de salud, estadística descriptiva, correlaciones entre las variables del estudio y análisis inferencial. Asimismo, estos resultados se presentan para los adolescentes que recibieron las sesiones del programa JUVENIMSS.

Características sociodemográficas de los profesionales de salud

Enseguida se presentan las características sociodemográficas de los profesionales de salud que laboran en el programa JUVENIMSS, el personal corresponde a veintitrés unidades de salud. Los facilitadores del programa fueron profesionales de salud ($n=122$), el 84% correspondieron al sexo femenino y el 50% refirieron estar casados. El promedio de edad fue 37 años ($DE=10.5$). El promedio respecto a los años de estudios alcanzados fueron 17 años ($DE= 2.2$). El 48% de los participantes correspondió a trabajadores sociales, el 13% a médicos, entre otros profesionales como licenciados en enfermería y enfermeros generales. El 57% de los profesionales refirieron experiencia en el trabajo con adolescentes y el 91% señaló disfrutar trabajar con ellos. Asimismo, el 78% comentó que el programa lleva más de 2 años en la unidad de salud y el 20% desconoce esta información, más porcentajes relacionados a los profesionales de salud se aprecian en la tabla 4.

Tabla 4

Características sociodemográficas de los profesionales de salud

	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	102	83.6
Masculino	20	16.4
$n= 122$ profesionales de salud		

(continúa)

Tabla 4

Características sociodemográficas de los profesionales de salud (continuación)

	<i>f</i>	%
Estado civil		
Casado	61	50.0
Soltero	46	37.7
Divorciado	12	9.8
Profesión		
Trabajador social	59	48.4
Médico	16	13.1
Nutriólogo	10	8.2
Odontólogo	9	7.4
Psicólogo	8	6.6
Técnico	8	6.6
Pasante	6	5.0
Otros (Enfermera general y Licenciatura)	6	5.0
Experiencia con adolescentes		
Sí	70	57.4
No	52	42.6
Disfruta el trabajo con adolescentes		
Sí	111	91.0
No	11	9.0
El programa JUVENIMSS lleva más de 2 años		
Sí	95	77.9
No	2	1.6
No sé	25	20.5

n= 122 profesionales de salud

Componentes para la transferencia del conocimiento**Factores de la organización.**

La transferencia del conocimiento involucra a los factores de la organización, el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS y el sistema de entrega hacia la CPRS. En los factores de la organización se considera al recurso humano, apoyo administrativo, gestión del personal administrativo y liderazgo. El recurso humano se

refiere al personal asignado al programa JUVENIMSS; para esta variable, las medias de la subescala oscilaron entre 2.71 y 6.55; se identificó que no han contratado a nuevo personal para trabajar en el programa ($M=2.71$, $DE=2.62$); las medias elevadas correspondieron a la exclusividad del personal para participar en el programa ($M=6.55$, $DE=0.93$), las entrevistas determinaron si se debía o no asignar a un profesional para el programa ($M=6.33$, $DE=0.51$) y el personal conoce que su desempeño ha sido comunicado a la delegación del IMSS ($M=6.33$, $DE=0.50$); todos los datos del recurso humano se pueden apreciar en la tabla 5.

Tabla 5

Factores de la organización: recurso humano

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Usted fue asignado exclusivamente por su unidad para participar en el programa	6.55	7.00	0.93	5.92	7.17
Su unidad de salud le hizo la invitación para trabajar en el programa	5.36	7.00	2.42	3.74	6.99
Han contratado a nuevos compañeros para trabajar en el programa	2.71	1.00	2.62	0.28	5.14
Las entrevistas para integrarse al programa estuvieron a cargo del personal de la misma unidad	5.00	6.00	2.35	3.31	6.69
El personal contratado o asignado al programa lo seleccionaron expertos del programa	6.00	6.50	1.69	4.59	7.41
El personal encargado de realizar la entrevista era personal que había utilizado el programa	6.00	6.00	1.49	4.93	7.07
Las entrevistas determinaron si se debía o no asignar a un profesional para el programa	6.33	6.00	0.51	5.79	6.88

Nota: $n= 11$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

(continúa)

Tabla 5

Factores de la organización: recurso humano (continuación)

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Las entrevistas determinaron si usted podría tomar el rol de adolescente durante el entrenamiento para la comprensión de los contenidos del programa	5.50	6.00	1.78	4.23	6.77
Usted conoce si los datos sobre su desempeño han sido recolectados y reportados a la delegación	6.33	6.00	0.50	5.95	6.72

Nota: $n=11$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

Respecto al apoyo administrativo para la ejecución y el sostenimiento del programa JUVENIMSS, las medias de esta subescala se encontraron entre 3.38 a 4.27. Esta subescala presentó áreas de oportunidad en su totalidad, es decir, el personal administrativo no utiliza los resultados de las encuestas para tomar decisiones sobre los cambios en la unidad de salud respecto al programa ($M=3.38$, $DE=2.21$) ni sobre el desempeño del personal en relación al programa ($M=3.41$, $DE=2.29$); los datos del apoyo administrativo se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6

Factores de la organización: apoyo administrativo

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
En la unidad ha presenciado cambios administrativos para ajustarse a las necesidades específicas, identificadas para el programa	4.27	5.00	2.40	3.81	4.72

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

(continúa)

Tabla 6

Factores de la organización: apoyo administrativo (continuación)

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Las políticas de la unidad se han modificado para adaptarse a las necesidades específicas del programa	3.47	4.00	2.25	3.02	3.93
El personal administrativo ha recibido entrenamiento respecto a sus funciones relacionadas con el programa	3.80	4.00	2.34	3.27	4.34
Se han hecho ajustes en la unidad para promover el uso eficaz del programa	4.26	5.00	2.21	3.82	4.69
Los nuevos procedimientos administrativos se han puesto en marcha para facilitar la práctica	3.59	4.00	2.17	3.11	4.06
El personal administrativo utiliza los resultados de las encuestas para tomar decisiones sobre los cambios en la unidad respecto al programa	3.38	4.00	2.21	2.86	3.89
El personal administrativo utiliza los resultados de las encuestas para tomar decisiones sobre el desempeño del personal en relación al programa	3.41	3.00	2.29	2.89	3.92

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

La gestión del personal administrativo corresponde a los directores, administradores y supervisores que laboran en las organizaciones y ejercen influencia en los subordinados para apoyar a los programas. Las medias de esta subescala estuvieron entre 3.78 y 4.30. El personal administrativo no ha asegurado los suficientes recursos para iniciar, utilizar ($M=3.78$, $DE=2.18$) y sostener el programa de manera eficaz en las unidades de salud ($M=3.82$, $DE=2.07$); los datos respecto a la gestión del personal administrativo se pueden visualizar en la tabla 7.

Tabla 7

Factores de la organización: gestión del personal administrativo

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El personal administrativo de la unidad de salud ha trabajado activamente con las instituciones educativas para favorecer las actividades del programa	4.30	5.00	2.18	3.87	4.74
El personal administrativo de la unidad de salud ha recibido entrenamiento para abordar a las instituciones educativas para implementar el programa en su plantel	3.92	5.00	2.20	3.45	4.39
El personal administrativo de la unidad de salud ha asegurado suficientes recursos para iniciar y utilizar el programa eficazmente	3.78	4.00	2.18	3.33	4.23
El personal administrativo de la unidad de salud ha asegurado los recursos adecuados para sostener el programa de manera eficaz	3.82	4.00	2.07	3.40	4.23

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

En relación al liderazgo del personal directivo involucrado en el programa, las medias de la subescala se encontraron entre 3.27 y 5.59. Los líderes de la unidad no han establecido consenso para tomar la mejor decisión para llevar el programa ($M=3.27$, $DE=2.17$); sin embargo, han sido justos, respetuosos y considerados en su trato con los demás ($M=5.59$, $DE=1.71$), así como centrarse en los temas importantes para la práctica ($M=5.02$, $DE=1.93$); la información del liderazgo se observa en la tabla 8.

Tabla 8

Factores de la organización: liderazgo

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Los líderes de la unidad...					
Han buscado maneras de alinear las prácticas con la misión, visión, valores y filosofía de la unidad en relación al programa	4.79	5.00	2.03	4.38	5.19
Han establecido canales de comunicación claros y frecuentes para proporcionar información a los profesionales y para escuchar sus éxitos y preocupaciones relacionadas con el programa	4.27	5.00	2.22	3.83	4.71
Han convocado grupos de un consenso cuando se enfrentan a cuestiones en las que hay poco acuerdo sobre cómo proceder con el programa	3.27	3.00	2.17	2.82	3.73
Han proporcionado orientación específica sobre cuestiones técnicas cuando no había suficiente claridad acerca de lo que había que hacer respecto al programa	4.14	5.00	2.13	3.70	4.58
Han sido justos, respetuosos y considerados en su trato con los demás	5.59	6.0	1.71	5.26	5.91
Han sido muy buenos para centrarse en los temas que realmente importan en la práctica	5.02	6.0	1.93	4.65	5.38
Han sido muy buenos en dar razones para los cambios en las políticas, procedimientos y/o personal	4.62	5.0	1.87	4.25	4.98
Han participado activamente en la resolución de todos los problemas que se han presentado en utilización del programa de manera efectiva	4.62	5.0	1.99	4.23	5.00
Han buscado activamente y de manera rutinaria la opinión de los profesionales y otras personas sobre los apoyos para el uso eficaz del programa	4.44	5.0	2.04	4.04	4.84

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

(continúa)

Tabla 8

Factores de la organización: liderazgo (continuación)

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Los líderes de la unidad...					
Han involucrado activamente en la selección de personal, entrenamiento, evaluaciones sobre su desempeño	3.98	3.0	2.22	3.54	4.42

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la conducta protectora del riesgo sexual (CPRS).

El sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS contempla al entrenamiento y supervisión/asistencia técnica. En la tabla 9 se muestra los aspectos relacionados con el entrenamiento de los profesionales de salud; las medias de la subescala se ubicaron entre 3.79 y 5.01. Las limitaciones que refieren los profesionales de salud corresponden a la aplicación de un cuestionario pre y post entrenamiento ($M=3.79$, $DE=2.63$), así como practicar durante el entrenamiento hasta adquirir las habilidades para ejecutar el programa ($M=3.99$, $DE=2.25$).

Tabla 9

Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS: entrenamiento

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Usted recibió entrenamiento para participar en el programa	4.63	6.00	2.43	4.19	5.07
El entrenamiento fue proporcionado por el personal de la delegación	4.65	6.00	2.48	4.19	5.11
El entrenamiento se le proporcionó fuera de la unidad de salud	4.56	6.00	2.63	4.08	5.04

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

(continúa)

Tabla 9

Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS: entrenamiento (continuación)

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El entrenamiento que recibió fue proporcionado por una o más personas expertas	4.61	6.00	2.42	4.16	5.05
El entrenamiento que recibió se centró en los contenidos del programa	5.01	6.00	2.35	4.58	5.44
Los entrenadores han utilizado el programa	4.90	6.00	2.33	4.45	5.36
Durante el entrenamiento tuvo oportunidad de practicar y modelar los conocimientos adquiridos para llevar a cabo el programa	4.58	6.00	2.38	4.15	5.01
Las prácticas durante el entrenamiento incluyeron varias oportunidades de practicar hasta adquirir las habilidades para llevar a cabo el programa	3.99	5.00	2.25	3.58	4.41
Le aplicaron un cuestionario antes y después de recibir el entrenamiento para valorar su conocimiento	3.79	3.00	2.63	3.31	4.27

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

En la tabla 10 se presenta la supervisión/asistencia técnica relacionada con el programa JUVENIMSS. Las medias de la subescala se presentaron entre 2.51 y 6.02. La supervisión/asistencia técnica no se realiza una vez por semana ($M=2.51$, $DE=1.99$) y los datos sobre su conocimiento y desempeño referente al programa no fueron evaluados y reportados a la delegación ($M=3.68$, $DE=2.55$).

Tabla 10

Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS: supervisión/asistencia técnica

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Cada profesional de salud del programa tiene asignado un supervisor/entrenador	4.19	5.00	2.47	3.71	4.66
El supervisor/entrenador debe ser personal de la propia unidad	5.03	6.00	2.12	4.62	5.44
El supervisor/entrenador debe ser experto en el programa	6.02	7.00	1.67	5.71	6.32
El supervisor/entrenador asignado debe ser un profesional con experiencia en la utilización del programa	5.95	7.00	1.81	5.62	6.28
La supervisión/entrenamiento le ayuda para desarrollar sus conocimientos y habilidades específicas respecto al programa	5.44	6.00	2.04	5.07	5.81
Los supervisores/entrenadores tuvieron cuidado que coincidiera la supervisión con el contenido del entrenamiento	4.58	6.00	2.33	4.13	5.03
La supervisión/entrenamiento se produce en un horario regular conocido por usted	4.73	6.00	2.36	4.27	5.19
Usted tiene supervisión/entrenamiento al menos una vez por semana referente al programa	2.51	1.00	1.99	2.14	2.88
La supervisión/entrenamiento para usted incluyó habilidades sobre el programa	4.01	5.00	2.42	3.56	4.46
Los datos sobre su conocimiento y desempeño en relación al programa fueron evaluados antes y después del entrenamiento y reportado a la delegación	3.68	3.50	2.55	3.19	4.18

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

Sistema de entrega hacia la CPRS.

El sistema de entrega hacia la CPRS implica el desempeño y la implementación del programa JUVENIMSS. La subescala de la evaluación del desempeño obtuvo

medias que fluctuaron entre 2.47 y 4.78. Los resultados de las evaluaciones sobre su desempeño no las han recibido por escrito ($M=2.47$, $DE=1.97$), ni han sido recolectados y reportados a las delegación del IMSS ($M=3.64$, $DE=2.38$), ni se han realizado internamente por el propio personal de la unidad ($M=3.96$, $DE=2.33$); otros referentes importantes sobre la evaluación del desempeño se aprecian en la tabla 11.

Tabla 11

Sistema de entrega hacia la CPRS: evaluación del desempeño del profesional de salud

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El desempeño de cada profesional que participa el programa ha sido evaluado con respecto al cumplimiento de lo establecido en el programa	4.78	6.00	2.26	4.33	5.23
El desempeño de cada profesional que colabora en el programa ha sido evaluado con respecto a los resultados obtenidos	4.67	6.00	2.24	4.22	5.12
Las evaluaciones de desempeño del profesional han incluido observaciones directas, valoraciones de conocimientos, destrezas y habilidades	4.04	5.00	2.38	3.56	4.52
Las evaluaciones de desempeño del profesional han incluido opiniones y valoraciones de desempeño de los adolescentes, directivos de escuelas, maestros	4.26	5.00	2.29	3.81	4.71
Las preguntas/observaciones de evaluación sobre su desempeño han sido relacionadas con el programa	4.49	5.50	2.29	4.03	4.95
Usted ha sido bien informado sobre la finalidad, el contenido y los métodos utilizados para llevar a cabo las evaluaciones de su desempeño	4.04	5.00	2.31	3.60	4.47

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

(continúa)

Tabla 11

Sistema de entrega hacia la CPRS: evaluación del desempeño del profesional de salud (continuación)

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Las evaluaciones sobre su desempeño se han llevado a cabo internamente por el propio personal de la unidad	3.96	5.00	2.33	3.51	4.42
Las evaluaciones sobre su desempeño se han llevado a cabo por personas entrenadas para evaluar su desempeño respecto al programa	4.07	5.00	2.38	3.60	4.53
Usted ha recibido resultados de las evaluaciones por escrito dentro de los 30 días siguientes a la evaluación de su desempeño	2.47	2.00	1.97	2.10	2.84
Los resultados de las evaluaciones sobre su desempeño han sido recolectados y reportados de manera rutinaria a la delegación	3.64	4.00	2.38	3.15	4.13

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

La implementación a nivel organizacional se enfoca en los aspectos relacionados con el programa. Las medias de la subescala estuvieron entre 3.13 y 5.91. Los participantes tienden a estar de acuerdo respecto a que el programa ha sido constante en las unidades ($M=5.91$, $DE=1.37$), se establecieron objetivos claros y específicos acerca del uso del programa ($M=5.66$, $DE=1.40$) y que los directivos apoyan la implementación continua del programa ($M=5.55$, $DE=1.68$); los datos relevantes a la implementación a nivel organizacional se observan en la tabla 12.

Tabla 12

Sistema de entrega hacia la CPRS: implementación a nivel organizacional

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Cuestiones de la localidad han interferido con la implementación del programa en esta unidad	4.28	5.00	2.01	3.89	4.67
La eficacia de la unidad ha mejorado como resultado de la implementación del programa	4.96	5.00	1.65	4.63	5.29
Hubo tiempo suficiente para planificar la implementación del programa en esta unidad	5.41	6.00	1.59	5.09	5.73
Los directivos apoyan firmemente la implementación continua del programa	5.55	6.00	1.68	5.23	5.87
Los administradores minimizan los obstáculos y barreras para la utilización del programa	4.83	5.00	1.78	4.46	5.20
Cuestiones de financiamiento interfieren con el uso del programa en esta unidad	4.31	5.00	2.01	3.89	4.72
La implementación del programa consistió en tomar un gran riesgo en esta unidad	3.13	3.00	1.81	2.77	3.49
En esta unidad se establecieron objetivos claros y específicos acerca del uso del programa	5.66	6.00	1.40	5.39	5.93
El uso del programa ha sido constante en el tiempo en esta unidad	5.91	6.00	1.37	5.65	6.17
Hay seguimiento del desempeño para guiar la implementación del programa	4.80	5.00	2.05	4.40	5.20
Los recursos han estado disponibles para utilizar el programa como fue prescrito en sus contenidos	4.33	5.00	1.97	3.94	4.72
Se cambiaron muchas cosas en la unidad a fin de utilizar el programa según lo prescrito	3.45	4.00	1.91	3.05	3.85

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

La implementación a nivel del programa JUVENIMSS se refiere a cuestiones relacionadas con el uso del programa como la compatibilidad de la visión, capacitación, beneficios y costos del programa. Las medias de la subescala se encontraron entre 4.28 y

6.07. Los datos relevantes respecto a la utilización del programa fueron la compatibilidad con la visión de la unidad ($M=6.07$, $DE=1.08$), el ser visto como un servicio que regularmente se ofrece a la comunidad ($M=5.55$, $DE=1.59$); información relacionada a la implementación del programa JUVENIMSS se aprecia en la tabla 13.

Tabla 13

Sistema de entrega hacia la CPRS: implementación a nivel del programa JUVENIMSS

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El programa es compatible con la visión de la unidad	6.07	6.00	1.08	5.87	6.27
El programa se lleva a cabo en esta unidad según lo prescrito por los expertos	5.28	6.00	1.85	4.93	5.64
El programa se está utilizando tal cual según lo prescrito por sus elaboradores	5.46	6.00	1.53	5.17	5.76
Los "beneficios" que han resultado de la aplicación del programa superan los "costos"	5.08	6.00	1.89	4.67	5.50
Los "costos" de la utilización del programa han superado los beneficios que puedan haber ocurrido	4.28	4.50	2.05	3.84	4.72
El programa es visto como un servicio que regularmente se ofrece a la comunidad	5.55	6.00	1.59	5.25	5.86
La efectividad del programa es evidente por las partes interesadas ajenas a esta unidad	5.02	5.00	1.71	4.69	5.35
El programa es compatible con la capacitación profesional que recibe el personal	5.31	6.00	1.71	4.99	5.64

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

El personal relacionado con la implementación indica a los profesionales de salud que trabajan directamente en el programa JUVENIMSS. Las medias de la subescala se presentaron entre 4.44 y 5.89. Se identificaron áreas de oportunidad como es difícil atraer y/o retener personal calificado para utilizar el programa ($M=4.44$, $DE=1.87$) y el personal no recibe retroalimentación positiva y/o reconocimiento de sus

esfuerzos por participar en el programa ($M=4.55$, $DE=2.18$). Sin embargo, califican positivamente la participación voluntaria del personal en el programa, la capacitación y el interés hacia el programa; la información puntual relacionada con el personal que colabora en la implementación se presenta en la tabla 14.

Tabla 14

Sistema de entrega hacia la CPRS: personal relacionado con la implementación

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El personal que participa en el programa lo hace voluntariamente al realizar sus tareas laborales	5.66	6.00	1.69	5.35	5.98
El personal está debidamente capacitado para participar en el programa en esta unidad	5.50	6.00	1.65	5.20	5.81
El personal que participa en JUVENIMSS muestra interés hacia el programa	5.89	6.00	1.43	5.63	6.15
El personal recibe retroalimentación positiva y/o reconocimiento de sus esfuerzos por participar en el programa	4.55	6.00	2.18	4.12	4.98
La capacitación y asistencia técnica estaban fácilmente disponibles para el personal involucrado en el uso del programa	4.61	5.00	1.98	4.23	4.99
El personal ha sido alentado a expresar sus preocupaciones que surgen en el curso de la utilización del programa	4.76	6.00	2.00	4.37	5.15
Es difícil atraer y/o retener personal calificado para utilizar el programa	4.44	5.00	1.87	4.08	4.81

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

La población beneficiada implica a los adolescentes que reciben el programa JUVENIMSS por medio de sesiones educativas. Las medias de esta subescala oscilaron entre 5.09 a 5.82. Esta subescala presentó diversas fortalezas, entre ellas destacan que el programa está disponible para todos los adolescentes de la comunidad ($M=5.82$,

$DE=1.38$) y los adolescentes han mostrado resultados favorables con el uso del programa ($M=5.52$, $DE=1.36$); otros datos importantes respecto a los adolescentes que reciben el programa se pueden observar en la tabla 15.

Tabla 15

Sistema de entrega hacia la CPRS: población beneficiada

Ítem	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
El interés de los adolescentes por cuidar su salud se produjo en esta unidad como resultado de la implementación del programa	5.16	6.00	1.66	4.84	5.47
El programa está disponible para todos los adolescentes de la comunidad que indicaron una necesidad o un interés	5.82	6.00	1.38	5.56	6.07
Los adolescentes han mostrado resultados favorables con el uso del programa	5.52	6.00	1.36	5.26	5.79
Con base en los datos disponibles, este programa ha sido efectivo en la reducción de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes	5.09	5.00	1.57	4.78	5.40

Nota: $n=122$ profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior; Rango de medición 1-7 (1= *Totalmente en desacuerdo* a 7= *Totalmente de acuerdo*)

A los componentes para la transferencia del conocimiento fueron sometidos a índices, de los cuales se obtuvo estadística descriptiva por subescala, en la tabla 16 se presenta esta información. El menor puntaje correspondió al apoyo administrativo, el cual se situó en 46.99 ($DE=30.80$). El puntaje más alto de una escala de 0 a 100, se ubicó en 75.78 ($DE=21.91$) y perteneció a recurso humano.

Tabla 16

Índices de las subescalas de los componentes para la transferencia del conocimiento

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
<i>Factores de la organización</i>					
Recurso humano (<i>n</i> = 11)	75.78	81.48	21.91	61.05	90.50
Apoyo administrativo	46.99	51.19	30.80	41.38	52.61
Gestión del personal administrativo	49.30	58.33	31.68	43.31	55.29
Liderazgo	58.01	64.28	29.36	52.68	63.34
<i>Sistema de apoyo hacia la CPRS</i>					
Entrenamiento	57.48	66.66	34.76	51.22	63.73
Supervisión/asistencia técnica	60.25	64.58	27.22	55.35	65.15
<i>Sistema de entrega hacia la CPRS</i>					
Evaluación del desempeño	49.30	50.83	30.31	43.82	54.78
Implementación	68.00	70.83	16.14	65.09	70.92

Nota: *n*=122 profesionales de salud. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior

Distribución de los componentes para la transferencia del conocimiento.

Para medir el grado de concordancia entre la distribución de los datos se llevó a cabo la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. En la tabla 17, los resultados indican que la variable recurso humano se distribuyó normalmente ($D^a=.16$, $p>.200$), el resto de las variables no presentaron normalidad.

Tabla 17

Prueba de Kolmogorov-Smirnov: componentes para la transferencia del conocimiento

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Recurso humano (<i>n</i> =11)	75.78	21.91	.16	.200
Apoyo administrativo	46.99	30.80	.12	.001
Gestión del personal administrativo	49.30	31.68	.13	.001
Liderazgo	58.01	29.36	.11	.002
Entrenamiento	57.48	34.76	.13	.001
Supervisión/asistencia técnica	60.25	27.22	.09	.013
Evaluación del desempeño	49.30	30.31	.10	.004
Implementación	68.00	16.14	.98	.001

Nota: *n*= 122 profesionales de salud. *M*= Media; *DE*= Desviación estándar; *D^a*= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

Características sociodemográficas de los adolescentes

A continuación se muestran las características sociodemográficas de los adolescentes que recibieron las sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva del programa JUVENIMSS durante Septiembre y Octubre del 2013. La muestra se integró por 298 adolescentes solteros, de los cuales el 52% corresponde al sexo femenino. El 52% correspondió a estudiantes de preparatoria y el 48% a estudiantes de secundaria. El promedio de edad de los adolescentes fue 14 años ($DE=1.33$). El 92% de los participantes refirieron que han recibido información relacionada con las ITS/VIH/Sida y embarazos no planeados y señalaron como fuente de información: internet, escuela, mamá, centro de salud, entre otras. Es importante señalar que el 33% comentó que la escuela fue el medio principal por el que recibió la información. Respecto a su vida sexual, los adolescentes mencionaron que han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida (13% para la primera medición y el 17% para la segunda medición); el cual el promedio de edad en la primera relación sexual fue 14 años ($DE=1.13$).

Conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes

Los determinantes hacia la conducta protectora del riesgo sexual (conducta sexual y conocimiento) involucra a la actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención. Además, como parte del sistema de entrega los adolescentes evaluaron las actividades del programa. En la tabla 18 se presenta la evaluación de las actividades por el adolescente; en las cuales se obtuvo medias que oscilaron entre 2.07 a 4.25 para la primera medición y 2.13 a 4.19 en la segunda medición. Esta escala presentó diversas áreas de oportunidad, tales como los adolescentes refieren que faltó más compartir los pensamientos con el grupo ($M=2.07$, $DE=0.91$ primera medición; $M=2.13$, $DE=0.86$ segunda medición), así como participar en las actividades grupales ($M=2.14$, $DE=0.77$ primera medición; $M=2.29$, $DE=0.85$ segunda medición).

Tabla 18

Evaluación de las actividades por el adolescente del programa JUVENIMSS

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Te gustaron las actividades que realizaste en el programa	3.96	4.00	0.70	3.93	4.00	0.64
Te gustó la sección de videos presentados como parte de las actividades del programa	3.85	4.00	0.71	3.86	4.00	.698
Te gustó el grupo en que participaste	3.90	4.00	0.73	3.86	4.00	0.73
Te agradó la manera en que los profesionales de salud te brindaron los temas del programa	4.25	4.00	0.63	4.19	4.00	0.69
Te gustaron las actividades que hicieron en tu grupo	3.83	4.00	0.81	3.86	4.00	0.73
Cuánto pudiste participar realmente en las actividades de tu grupo	2.14	2.00	0.77	2.29	2.00	0.85
Cuánto hablaste y compartiste tus pensamientos contus compañeros de grupo	2.07	2.00	0.91	2.13	2.00	0.86
Qué tan cómodo te sentiste al hablar y compartir sobre tus pensamientos con el grupo	3.24	3.00	0.97	3.29	3.00	0.96
Qué tan cómodo te sentiste durante las actividades y juegos	3.69	4.00	0.87	3.61	4.00	0.84
Cuánto aprendiste de las actividades del programa	3.93	4.00	0.75	3.86	4.00	0.79
Cuánto aprendiste de los videos que viste	3.68	4.00	0.99	3.72	4.00	0.86
Cuánto aprendiste de las actividades grupales	3.88	4.00	1.02	3.85	4.00	0.97
Recomendarías este programa a otros jóvenes	4.06	4.00	0.82	4.01	4.00	0.85

Nota: $n=298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *No me gustaron en lo absoluto* a 5= *Me gustaron mucho*)

En relación a la evaluación que realizaron los adolescentes a los profesionales de salud del programa JUVENIMSS fueron los facilitadores quienes proporcionaron las

sesiones de prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva. Se encontró que las medias de esta subescala oscilaron entre 4.02 a 4.30 para la primera medición y 3.97 a 4.30 en la segunda medición. Esta escala presentó aspectos entre los que sobresalen el comprender la vida de los jóvenes ($M=4.30$, $DE=0.86$) para ambas mediciones. A su vez, los adolescentes refieren que los profesionales de salud estuvieron preparados para brindar los temas del programa ($M=4.30$, $DE=0.77$ primera medición); otros datos de la evaluación por los adolescentes respecto a los profesionales de salud se pueden apreciar en la tabla 19.

Tabla 19

Evaluación de las actividades por el adolescente en relación a los profesionales de salud del programa JUVENIMSS

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Mis profesionales de salud...						
Saben lo que están enseñando	4.23	4.00	0.73	4.22	4.00	0.74
Son un buen modelo o ejemplo para mí	4.11	4.00	0.76	4.09	4.00	0.73
Realmente entienden a los jóvenes de mi edad	4.02	4.00	0.81	3.97	4.00	0.79
Demostraron respeto a los sentimientos del grupo	4.30	4.00	0.73	4.21	4.00	0.76
Son muy amigables	4.16	4.00	0.77	4.25	4.00	0.73
Estuvieron bien preparados cuando nos dieron los temas del programa JUVENIMSS	4.30	4.00	0.77	3.97	4.00	0.80
Saben mucho respecto a la vida de los jóvenes	4.30	4.00	0.86	4.30	4.00	0.86

Nota: $n= 298$ adolescentes. $M=$ Promedio aritmético; $Mdn=$ Mediana; $DE=$ Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Muy en desacuerdo* a 5= *Muy de acuerdo*)

En la tabla 20 se muestra la actitud hacia la conducta protectora del riesgo sexual (CPRS) que tuvieron los adolescentes ante las relaciones sexuales. Las medias de esta escala oscilaron entre 2.40 a 4.37 para la primera medición y 2.45 a 4.32 en la segunda

medición. En esta escala se encontró que los adolescentes tienden a estar en desacuerdo acerca de que las mujeres deben traer condones ($M=2.40$, $DE=1.04$) y las relaciones sexuales deben ser espontáneas ($M=2.59$, $DE=1.16$), datos muy similares para ambas mediciones. Sin embargo, un hallazgo relevante es que los adolescentes tienden a estar muy de acuerdo acerca del uso del condón es bueno para su salud ($M=4.37$, $DE=0.98$ primera medición; $M=4.32$, $DE=0.94$ segunda medición).

Tabla 20

Actitud del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
La mujer debe solicitar el uso del condón	2.91	3.00	1.32	2.96	3.00	1.20
El hombre debe comprar los condones	3.88	4.00	1.07	3.78	4.00	1.05
El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual	3.37	3.00	1.24	3.30	3.00	1.20
La mujer debe traer los condones	2.40	2.00	1.04	2.45	3.00	0.98
Las relaciones sexuales deben ser espontáneas	2.59	3.00	1.16	2.63	3.00	1.08
El uso del condón es bueno para mi salud	4.37	5.00	0.98	4.32	5.00	0.94
El uso del condón disminuye la satisfacción sexual	2.72	3.00	1.18	2.72	3.00	1.10
Mi situación económica me permite comprar condones	3.23	3.00	1.25	3.32	3.00	1.23
Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo	3.51	4.00	1.22	3.46	3.00	1.10
Las relaciones sexuales sólo deben de tenerse con la misma persona de por vida	3.12	3.00	1.33	3.06	3.00	1.22

Nota: $n= 298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Muy en desacuerdo* a 5= *Muy de acuerdo*)

La norma subjetiva hacia la CPRS implica las creencias de las personas importantes para el adolescente. Las medias de esta escala oscilaron entre 1.96 a 3.58

para la primera medición y 2.23 a 3.65 en la segunda medición. Los adolescentes perciben que tanto su mamá como su papá desaprobaban si tuvieran relaciones en los próximos tres meses ($M=1.96$, $DE=1.02$ para madre) y ($M=2.07$, $DE=1.11$ para padre). Sin embargo, en caso de relaciones sexuales aprobarían que los adolescentes se protejan con el condón; los datos de la norma subjetiva del adolescente se pueden observar en la tabla 21.

Tabla 21

Norma subjetiva del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Tu madre aprobaría o desaprobaba si tuvieras relaciones sexuales en los próximos 3 meses	1.96	2.00	1.02	2.23	2.00	1.03
Tu padre aprobaría o desaprobaba si tuvieras relaciones sexuales en los próximos 3 meses	2.07	2.00	1.13	2.23	2.00	1.09
Tu madre aprobaría o desaprobaba que tú y tu pareja usaran algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses	3.39	4.00	1.34	3.60	4.00	1.14
Tu padre aprobaría o desaprobaba que tú y tu pareja usaran algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses	3.37	4.00	1.30	3.55	4.00	1.11
Tu madre aprobaría o desaprobaba que usaras un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses	3.58	4.00	1.22	3.65	4.00	1.13
Tu padre aprobaría o desaprobaba que usaras un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses	3.56	4.00	1.22	3.65	4.00	1.10

Nota: $n=298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Desaprobaban mucho* a 5= *Aprobaban mucho*)

La autoeficacia hacia la CPRS corresponde a la seguridad del adolescente para abstenerse o protegerse durante sus relaciones sexuales. Las medias de esta escala

oscilaron entre 2.44 a 4.08 para la primera medición y 2.76 a 4.01 en la segunda medición. Los adolescentes perciben que les falta seguridad para usar el condón después de estar bajo los efectos de las drogas o alcohol ($M=2.44$, $DE=1.56$; $M=2.78$, $DE=1.58$, respectivamente), los datos fueron muy similares para ambas mediciones; más información de la autoeficacia del adolescente se presenta en la tabla 22.

Tabla 22

Autoeficacia del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Qué tan seguro eres para...						
Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	3.94	4.00	1.08	3.94	4.00	1.04
Usar correctamente el condón	4.08	4.00	0.96	4.01	4.00	1.01
Usar el condón durante el acto sexual después de beber alcohol	2.78	3.00	1.58	3.04	3.00	1.52
Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga	2.44	2.00	1.56	2.76	3.00	1.56
Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo	3.84	4.00	1.39	3.96	4.00	1.25
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	3.80	4.00	1.41	3.73	4.00	1.35
Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	3.70	4.00	1.21	3.74	4.00	1.08
Acudir a la tienda a comprar condones	3.67	4.00	1.24	3.55	4.00	1.20
No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio	3.19	3.00	1.49	3.19	3.00	1.40

Nota: $n= 298$ adolescentes. $M=$ Promedio aritmético; $Mdn=$ Mediana; $DE=$ Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Nada seguro* a 5= *Total seguro*)

(continúa)

Tabla 22

*Autoeficacia del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual
(continuación)*

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	3.26	3.00	1.49	3.15	3.00	1.45
Platicar con tu papá sobre temas sexuales	3.27	3.00	1.44	3.32	3.00	1.40
Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	3.52	4.00	1.44	3.43	4.00	1.43

Nota: $n=298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Nada seguro* a 5= *Total seguro*)

La intención hacia la CPRS indica la probabilidad de los adolescentes para protegerse si tienen relaciones sexuales en los próximos tres meses. Las medias de esta escala se encontraron entre 3.99 a 4.36 para la primera medición y 4.02 a 4.37 en la segunda medición. Esta escala presentó áreas de fortaleza, tales como los adolescentes están planeando usar condón si tienen relaciones sexuales en los próximos tres meses ($M=4.36$, $DE=0.86$), esta información es muy semejante para ambas mediciones; más información respecto a la intención del adolescente se presenta en la tabla 23.

Tabla 23

Intención del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Qué tan probable es que tú y tu pareja decidan usar algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses	3.99	4.00	1.14	4.02	4.00	1.06
Qué tan probable es que decidas usar un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses	4.21	4.50	1.06	4.20	5.00	1.02

Nota: $n=298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Muy improbable* a 5= *Muy probable*)

(continúa)

Tabla 23

Intención del adolescente hacia la conducta protectora del riesgo sexual (continuación)

Ítem	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Trataré que mi pareja use condones si tenemos relaciones sexuales en los próximos 3 meses	4.35	5.00	0.90	4.35	5.00	0.90
Planeo usar condones si tengo relaciones sexuales en los próximos 3 meses	4.36	5.00	0.88	4.37	5.00	0.83

Nota: $n=298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; Rango de medición 1-5 (1= *Muy improbable* a 5= *Muy probable*)

En la tabla 24 se presenta la información de la conducta sexual de los adolescentes. En la primera medición, el 86.6% refiere que no han tenido relaciones sexuales, las cuales se consideran sin riesgo para adquirir ITS/VIH/Sida. Sin embargo, los adolescentes que tienen vida sexual activa, presentan un riesgo ante dichas infecciones sexuales. Asimismo, este evento se presenta en la primera vez, la última y los últimos tres meses en sus relaciones sexuales. En la segunda medición, el 82.9% menciona que no ha tenido relaciones sexuales.

Tabla 24

Clasificación de la conducta sexual del adolescente

Ítem		1ª. Medición		2ª. Medición	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La <i>primera vez</i> que los adolescentes tuvieron sus relaciones sexuales...					
Los forzaron en contra de su voluntad	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	37	12.4	48	16.1
	Alto riesgo	3	1.0	3	1.0
Usaron un método anticonceptivo	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	23	7.7	26	8.7
	Alto riesgo	17	5.7	25	8.4
Usaron un condón	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	24	8.1	25	8.4
	Alto riesgo	16	5.4	26	8.7

$n= 298$ adolescentes

(continúa)

Tabla 24

Clasificación de la conducta sexual del adolescente (continuación)

Ítem	1ª. Medición		2ª. Medición		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<i>La última vez los adolescentes que tuvieron sus relaciones sexuales...</i>					
Usaron ellos o su pareja un método anticonceptivo	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	25	8.4	34	11.4
	Alto riesgo	15	5.0	17	5.7
Usaron ellos o su pareja un condón	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	28	9.4	30	10.1
	Alto riesgo	12	4.0	21	7.0
Estaban borrachos o drogados	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	2	0.7	47	15.8
	Alto riesgo	38	12.8	4	1.3
Tomaron unos tragos y/o usaron drogas antes de tener relaciones sexuales	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	3	1.0	44	14.8
	Alto riesgo	37	12.4	7	2.3
<i>En los últimos 3 meses los adolescentes que tuvieron sus relaciones sexuales...</i>					
Han tenido relaciones sexuales					
	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	18	6.0	11	3.7
	Alto riesgo	22	7.4	40	13.4
Usaron un método anticonceptivo					
	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	23	7.7	26	8.7
	Alto riesgo	17	5.7	25	8.4
Usaron un condón					
	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	24	8.1	25	8.4
	Alto riesgo	16	5.4	26	8.7
Tuvieron relaciones sexuales con más de una persona					
	Sin riesgo	258	86.6	247	82.9
	Bajo riesgo	16	5.4	11	3.7
	Alto riesgo	24	8.1	40	13.4

n= 298 adolescentes

Los adolescentes indicaron que no han tenido relaciones anales (93% vs 89.9%), según información obtenida en la primera y segunda medición. Respecto a los

adolescentes que han tenido relaciones sexuales anales, el 10.1% refiere que ha sido forzado a realizar dicha conducta sexual (datos referidos en la primera medición). Asimismo, en ambas mediciones alrededor del 10% de los adolescentes indicaron que no se han protegido con condón durante las relaciones anales y han realizado esta práctica en los últimos tres meses.

Respecto a las relaciones orales, los adolescentes refieren que no han ejercido este tipo de práctica (95% vs 87.9%), según en la primera y segunda medición. A su vez, los adolescentes respondieron que han sido forzados a realizar las relaciones orales y ha sido una práctica ejercida en los últimos tres meses (cerca del 10% a más); más información al respecto se aprecia en la tabla 25.

Tabla 25

Clasificación de la conducta sexual del adolescente respecto a las relaciones anales y orales

Ítem	1ª. Medición		2ª. Medición		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Los adolescentes tuvieron relaciones sexuales anales...					
Alguna vez en la vida	Sin riesgo	277	93.0	268	89.9
	Bajo riesgo	0	0.0	0	0.0
	Alto riesgo	21	7.0	30	10.1
Los forzaron a tenerlas	Sin riesgo	268	89.9	267	89.6
	Bajo riesgo	0	0.0	19	6.4
	Alto riesgo	30	10.1	12	4.0
En los últimos 3 meses	Sin riesgo	269	90.3	270	90.6
	Bajo riesgo	20	6.7	11	3.7
	Alto riesgo	9	3.0	17	5.7
Usaron un condón	Sin riesgo	271	90.9	274	91.9
	Bajo riesgo	11	3.7	0	0.0
	Alto riesgo	16	5.4	24	8.1

n= 298 adolescentes

(continúa)

Tabla 25

Clasificación de la conducta sexual del adolescente respecto a las relaciones anales y orales (continuación)

Ítem	1ª. Medición		2ª. Medición		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Los adolescentes mencionan que las relaciones sexuales orales...					
Las han dado alguna vez en la vida	Sin riesgo	283	95.0	262	87.9
	Bajo riesgo	0	0.0	0	0.0
	Alto riesgo	15	5.0	36	12.1
La primera vez que les dieron los forzaron a que lo hicieran	Sin riesgo	269	90.3	262	87.9
	Bajo riesgo	0	0.0	16	5.4
	Alto riesgo	29	9.7	26	6.7
En los últimos 3 meses, han tenido sexo oral	Sin riesgo	268	89.9	270	90.6
	Bajo riesgo	19	6.4	0	0.0
	Alto riesgo	11	3.7	28	9.4
Alguna vez en la vida les han dado sexo oral	Sin riesgo	277	93.0	263	88.3
	Bajo riesgo	0	0.0	0	0.0
	Alto riesgo	21	7.0	35	11.7
En los últimos tres meses, les han dado sexo oral	Sin riesgo	267	89.3	252	84.6
	Bajo riesgo	17	5.7	44	14.8
	Alto riesgo	14	4.7	2	0.7
Han tenido alguna vez en la vida una ITS	Sin riesgo	298	100	297	99.7
	Bajo riesgo			1	0.3
	Alto riesgo			0	0.0

n= 298 adolescentes

En la tabla 26 se muestra la información relacionada con el conocimiento que poseen los adolescentes referentes a infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos. Los porcentajes correctos de esta escala fluctuaron entre 31.5% a 74.5% para la primera medición y 28.5% a 68.1% en la segunda medición. En la primera medición, los adolescentes aludieron tener conocimiento sobre el riesgo que tiene una persona con el virus del Sida y transmitirlo a otras personas (74.5%) y el riesgo que se tiene de una ITS, el posible contagio también en la pareja (73.8%). A su vez, los adolescentes refirieron que desconocen si la espuma y la jalea en las mujeres funciona mejor que el

condón (31.5%) y si el tener relaciones anales con un hombre aumenta el riesgo de adquirir el Sida (33.2%).

En la segunda medición, los adolescentes señalaron que conocen si una persona puede tener el virus del Sida y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo (68.1%) y el riesgo que tiene una mujer embarazada de transmitir una ITS a su bebé (65.1%). Además, los adolescentes expresaron desconocimiento si el tener relaciones anales con un hombre existe el riesgo de adquirir el Sida o ITS (28.5%) y si una mujer puede quedar embarazada si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (32.3%).

Tabla 26

Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS

Ítem		1ª. Medición		2ª. Medición	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales	Correcto	185	62.1	190	63.8
	Incorrecto	113	37.9	108	36.2
Si una mujer se lava con una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, no quedará embarazada	Correcto	188	63.1	187	62.8
	Incorrecto	110	36.9	111	37.2
Aún si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo, la mujer puede quedar embarazada	Correcto	100	33.6	97	32.3
	Incorrecto	198	66.4	201	67.4
Una muchacha que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por unos días seguidos, no aumenta su posibilidad de quedar embarazada	Correcto	111	37.2	123	41.3
	Incorrecto	187	62.8	175	58.7
Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene	Correcto	140	47.0	160	53.7
	Incorrecto	158	53.0	138	46.3
Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina	Correcto	172	57.7	167	56.0
	Incorrecto	126	42.3	131	44.0

n= 298 adolescentes

(continúa)

Tabla 26
Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS (continuación)

Ítem		1ª. Medición		2ª. Medición	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción vaginal, que causa ardor o picazón	Correcto	170	57.0	155	52.0
	Incorrecto	128	43.0	143	48.0
No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien	Correcto	134	45.0	151	50.7
	Incorrecto	164	55.0	147	49.3
Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio	Correcto	152	51.0	145	48.7
	Incorrecto	146	49.0	153	51.3
Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé	Correcto	205	68.8	194	65.1
	Incorrecto	93	31.2	104	34.9
Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga	Correcto	220	73.8	187	62.8
	Incorrecto	78	26.2	111	37.2
Si tienes Sida, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades	Correcto	186	62.4	183	61.4
	Incorrecto	112	37.6	115	38.6
Una persona puede tener el virus del Sida y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo	Correcto	222	74.5	203	68.1
	Incorrecto	76	25.5	95	31.9
Una forma en que muchas mujeres contraen Sida, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas	Correcto	106	35.6	115	38.6
	Incorrecto	192	64.4	183	61.4
Tener relaciones sexuales anales con un hombre aumenta tu posibilidad de contraer Sida	Correcto	99	33.2	85	28.5
	Incorrecto	199	66.8	213	71.5
Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer Sida o ITS	Correcto	128	43.0	133	44.6
	Incorrecto	170	57.0	165	55.4

n= 298 adolescentes

(continúa)

Tabla 26
Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS (continuación)

Ítem		1ª. Medición		2ª. Medición	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
El virus de Sida está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal	Correcto	206	69.1	187	62.8
	Incorrecto	92	30.9	111	37.2
El pene debe de estar erecto cuando se pone el condón	Correcto	182	61.1	186	62.4
	Incorrecto	116	38.9	112	37.6
Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón	Correcto	185	62.1	177	59.4
	Incorrecto	113	37.9	121	40.6
El condón debe estar completamente desenrollado antes de ponerlo	Correcto	101	33.9	105	35.2
	Incorrecto	197	66.1	193	64.8
Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede destruir su efectividad en el pene	Correcto	138	46.3	131	44.0
	Incorrecto	160	53.7	167	56.0
La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre	Correcto	94	31.5	101	33.9
	Incorrecto	204	68.5	197	66.1

n= 298 adolescentes

Diversos instrumentos se utilizaron para analizar a los factores de la conducta planeada en los adolescentes hacia la conducta protectora del riesgo sexual, los cuales fueron sometidos a índices y se obtuvo estadística descriptiva; en la tabla 27 se presenta esta información. El menor puntaje correspondió a la conducta sexual, el cual se situó en 8.35 (*DE*=21.79). El puntaje más alto de una escala de 0 a 100, se ubicó en 80.66 (*DE*=20.56) y perteneció a intenciones en la primera medición. Asimismo, los resultados fueron similares para la segunda medición a excepción del conducta sexual que su puntaje cambio a 11.05 (*DE*=24.81).

Tabla 27

Índices de los instrumentos hacia la conducta protectora del riesgo sexual

	1ª. Medición			2ª. Medición		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
<i>Sistema de Entrega hacia la CPRS</i>						
Evaluación de las actividades	71.28	71.79	11.85	70.84	71.79	12.91
<i>Factores de la conducta planeada hacia la CPRS</i>						
Actitud	55.26	55.00	13.85	55.00	55.00	13.54
Norma subjetiva	49.69	50.00	23.48	53.80	58.33	19.91
Autoeficacia	61.40	62.50	17.85	62.12	62.50	18.64
Intención	80.66	87.50	20.56	80.66	87.50	20.56
<i>Conducta protectora del riesgo sexual</i>						
Conducta sexual	8.35	0.00	21.79	11.05	0.00	24.81
Conocimiento	51.91	54.16	22.38	50.78	54.16	25.46

Nota: $n= 298$ adolescentes. *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar

Distribución hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes.

Para medir el grado de concordancia entre la distribución de los datos, se llevó a cabo la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. En la tabla 28, los resultados indican que la variable autoeficacia se distribuyó normalmente ($D^a=.04$, $p>.200$), el resto de las variables no presentaron normalidad.

Tabla 28

Prueba de Kolmogorov-Smirnov: conducta protectora del riesgo sexual

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Evaluación de las actividades	71.28	11.85	.07	.001
Actitud	55.26	13.85	.07	.001
Norma subjetiva	49.69	23.48	.11	.001
Autoeficacia	61.40	17.85	.04	.200
Intenciones	80.66	20.56	.17	.001
Conducta sexual	8.35	21.79	.50	.001
Conocimiento	51.91	22.38	.10	.001

Nota: $n= 298$ adolescentes. *M*= Media; *DE*= Desviación estándar; *D^a*= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

Para observar el comportamiento de los adolescentes en la primera y segunda medición, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. En la tabla 29 se puede observar que la norma subjetiva y la conducta sexual presentan una diferencia de medias entre la primera y segunda medición ($t=3.27, p<.05$; $t=3.76, p<.05$, respectivamente).

Tabla 29

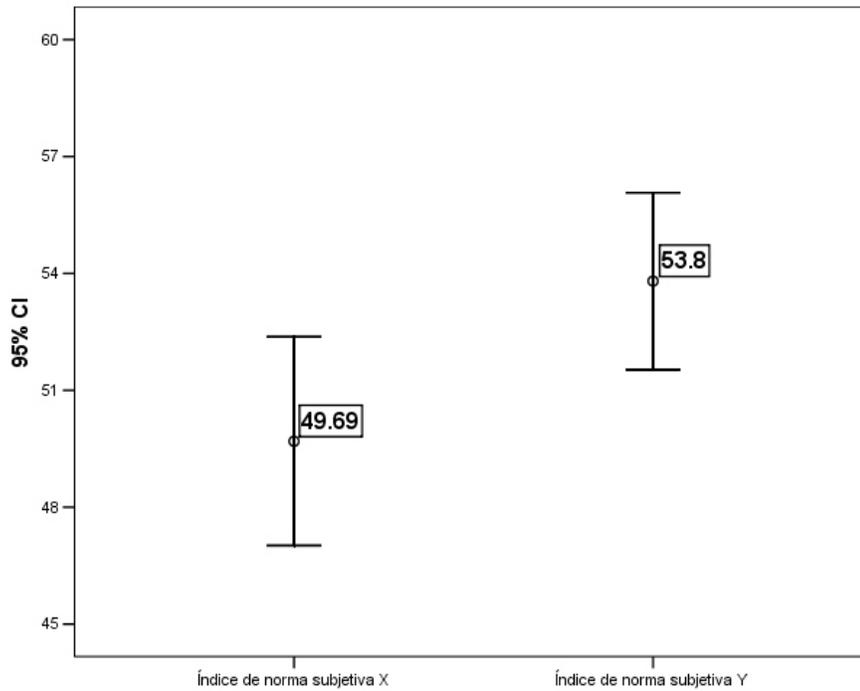
Prueba t de Student hacia la conducta protectora del riesgo sexual en adolescentes

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
1. Actitud	.29	297	.769	1.47	1.99
2. Norma subjetiva	3.27	297	.001	6.58	1.63
3. Autoeficacia	.67	297	.503	2.83	1.39
4. Conducta sexual	3.76	297	.001	4.10	1.28
5. Conocimiento	.82	297	.410	1.56	3.83

Nota: $n= 298$ adolescentes. $t= t$ de Student; $gl=$ Grados de libertad; $p=$ Valor de significancia; $IC=$ Intervalo de confianza

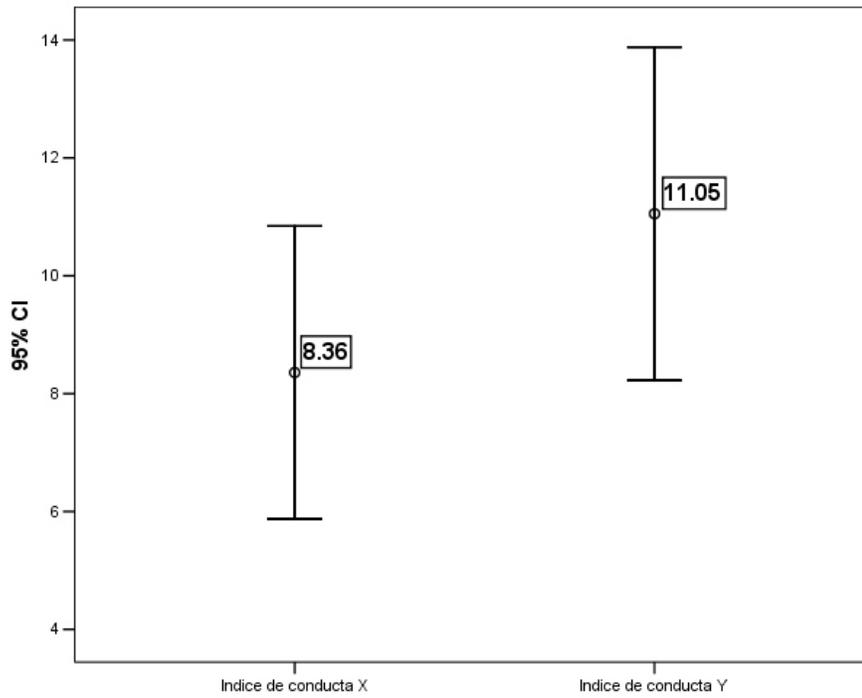
Además, en la figura 4 se presenta la estimación por Intervalo de Confianza del 95% de la variable norma subjetiva, para la primera y segunda medición. Se observa una diferencia del promedio entre el grupo, siendo mayor en la segunda medición de 53.80. Lo que indica que los adolescentes a los tres meses de su participación en el programa JUVENIMSS, presentan mayor comportamiento en la norma subjetiva hacia la conducta protectora del riesgo sexual.

Figura 4. Estimación del promedio de la norma subjetiva en la primera y segunda medición



Asimismo, en la figura 5 se presenta la estimación por Intervalo de Confianza del 95% de la variable conducta sexual, para la primera y segunda medición. Se muestra una diferencia del promedio entre el grupo, siendo mayor en la segunda medición de 11.05. Lo que significa que los adolescentes a los tres meses de su participación en el programa JUVENIMSS, incrementan su conducta sexual.

Figura 5. Estimación del promedio de la conducta sexual en la primera y segunda medición



Resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo uno refiere identificar la transferencia del conocimiento por unidad de salud (US). Primero se presenta la estadística descriptiva para responder a este objetivo, posteriormente la observación de las sesiones proporcionadas por los profesionales de salud.

Los componentes para la transferencia del conocimiento se sometieron a índices, de los cuales se obtuvo estadística descriptiva por cada US, esta información se observa en la tabla 30. La unidad que presentó menor transferencia del conocimiento fue la US 3, los factores de la organización tuvieron un puntaje de 27.74 ($DE=31.49$), el sistema de apoyo presentó un puntaje de 47.19 ($DE=34.12$) y el sistema de entrega la media se ubicó en 47.56 ($DE=28.94$). Sin embargo, la US 27 fue la que presentó medias más altas en los componentes de la transferencia del conocimiento, la media de los factores de la

organización se situó en 65.57 ($DE=20.97$), el sistema de apoyo en 59.49 ($DE=31.90$) y el sistema de entrega la media en 58.01 ($DE=21.63$). Cabe destacar que otras unidades como la 29 tuvo una media de 69.81 ($DE=14.37$) en el sistema de apoyo y la US 37 la media fue de 67.72 ($DE=22.86$) en el sistema de entrega, el resto de las medias fueron inferiores a las obtenidas en la US 27.

Tabla 30

Índices de los componentes para la transferencia del conocimiento por unidad de salud

<i>Factores de la organización</i>					<i>IC 95%</i>	
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
2	6	49.77	56.26	29.92	18.37	81.05
3	11	27.74	15.35	31.49	3.24	52.24
6	4	33.26	32.37	31.48	16.82	83.36
27	10	65.57	71.98	20.97	50.21	80.94
29	5	49.69	44.16	18.61	26.57	72.81
36	4	59.88	61.75	21.17	11.17	100.00
37	5	63.29	66.35	25.28	26.84	99.74
43	6	30.86	26.43	26.75	2.78	58.94
<i>Sistema de apoyo hacia la CPRS</i>					<i>IC 95%</i>	
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
2	6	55.04	73.83	40.97	7.93	100.00
3	11	47.19	51.66	34.12	24.26	70.12
6	4	53.92	56.73	29.13	7.56	100.00
27	10	59.49	67.72	31.90	36.66	82.31
29	5	69.81	74.07	14.37	51.96	87.66
36	4	59.17	64.00	27.19	15.91	100.00
37	5	50.69	60.62	35.65	6.42	94.96
43	6	51.50	48.66	27.90	22.22	80.78
<i>Sistema de entrega hacia la CPRS</i>					<i>IC 95%</i>	
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
2	6	59.85	63.79	25.41	29.38	90.32
3	11	47.56	49.98	28.94	27.52	67.61
6	4	59.21	62.96	21.60	24.82	93.59
27	10	58.01	56.32	21.63	42.53	73.49
29	5	58.98	58.59	12.78	41.61	74.87
36	4	51.77	53.74	13.30	30.61	72.94
37	5	67.72	77.13	22.86	34.32	91.12
43	6	52.81	57.83	21.45	30.29	75.32

Nota: *M*= Promedio aritmético; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *IC*= Intervalo de confianza; *LI*= Límite inferior; *LS*= Límite superior

Con la autorización del instituto, el investigador principal acudió a ocho unidades de salud para realizar las observaciones de las sesiones relacionadas con la temática del estudio. Se verificó que las sesiones educativas se brindaran de acuerdo a lo acordado en el programa JUVENIMSS. El número de sesiones observadas correspondió a tres desarrolladas en ocho unidades 2, 3, 6, 27, 29, 36, 37 y 43. Los profesionales de salud observados fueron 10, el 50% correspondió al sexo femenino, el 60% refirió estar solteros y el 50% de los profesionales que brindaron las sesiones del programa correspondió a personal médico. El promedio de edad de los profesionales de salud fue 31 años ($DE=11.59$). Respecto a los años de estudios alcanzados, el promedio se ubicó en 18 años ($DE= 2.59$). Del total de las sesiones observadas, en el 60% se cubrieron las tres sesiones programadas para la prevención de ITS/VIH/Sida, salud sexual y reproductiva; el resto proporcionaron entre 1 a 2 sesiones en un 40%.

Asimismo, se encontró que los profesionales de salud transmitieron con facilidad la información (100%), evidenciaron empatía con los adolescentes (100%), tuvieron los materiales para llevar a cabo las sesiones (100%), reflejaron conocimiento de las temáticas abordadas (100%), mostraron empatía con los adolescentes (100%), entregaron el contenido (90%), realizaron dinámicas grupales programadas conforme a lo estipulado en los manuales del programa JUVENIMSS (80%), cubrieron la cantidad de información correspondiente al programa (60%) y proporcionaron 60 minutos estipulados en las sesiones programadas (30%). El tiempo promedio de las sesiones fue aproximadamente 52.30 minutos ($DE=29.78$). Sin embargo, mientras brindaron las sesiones los profesionales de salud no recibieron supervisión ni fueron evaluados sobre su desempeño.

En el objetivo dos se refiere identificar la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes por unidad de salud. Se utilizó estadística descriptiva para responder a este objetivo.

En relación hacia la conducta protectora del riesgo sexual por unidad de salud, se obtuvo la estadística descriptiva; en la tabla 31 se muestra esta información. La actitud del adolescente presentó puntajes superiores a 50 en cada una de las unidades de salud. La norma subjetiva del adolescente presentó puntajes superiores a 50 en cuatro unidades de salud en la primera medición; sin embargo, estos puntajes se incrementaron en seis unidades de salud en la segunda medición. La autoeficacia del adolescente presentó puntajes superiores a 60 en cuatro unidades de salud en la primera medición; sin embargo, dos unidades de salud se sumaron a este puntaje en la segunda medición. La intención del adolescente presentó puntajes superiores a 70 en todas las unidades de salud en la primera y segunda medición.

La conducta sexual del adolescente presentó puntajes bajos en todas las unidades de salud en la primera y segunda medición. El conocimiento del adolescente presentó puntajes superiores a 50 en seis unidades de salud en la primera medición; este mostró un descenso en la segunda medición. La evaluación de las actividades por los adolescentes presentó puntajes superiores a 60 en todas las unidades de salud; para este análisis sólo se consideró la primera medición, dado que las sesiones que ellos recibieron fueron las últimas programadas por las unidades de salud. Cabe destacar que los adolescentes evalúan las actividades del programa con medias superiores a las obtenidas en el conocimiento del adolescente respecto a la conducta protectora del riesgo sexual.

Tabla 31

Índices de factores de la conducta planeada hacia la CPRS y la evaluación de las actividades por los adolescentes por unidad de salud

Evaluación de las actividades		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	75.84	74.35	9.05	-	-	-
3	63	70.75	70.51	10.71	-	-	-
6	27	73.97	75.64	10.51	-	-	-
27	25	72.71	73.07	9.35	-	-	-
29	68	64.64	66.02	14.42	-	-	-
36	38	70.54	71.79	9.04	-	-	-
37	21	80.46	84.61	11.71	-	-	-
43	25	74.10	74.35	8.04	-	-	-

Actitud		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	56.29	55.00	16.70	57.09	55.00	10.22
3	63	50.19	52.50	11.76	51.90	52.50	13.23
6	27	59.07	60.00	13.85	55.64	57.50	10.13
27	25	55.00	55.00	12.07	60.80	60.00	12.11
29	68	54.66	55.00	15.78	55.00	55.00	13.80
36	38	56.40	60.00	9.52	57.96	58.75	11.34
37	21	54.76	57.50	12.76	49.28	55.00	21.73
43	25	58.60	55.00	14.82	54.00	57.50	13.91

Norma subjetiva		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	45.83	50.00	23.32	50.80	58.33	17.75
3	63	43.05	45.83	22.85	47.55	50.00	23.62
6	27	59.18	60.41	16.42	63.42	75.00	16.51
27	25	57.00	58.33	18.85	56.33	54.16	20.55
29	68	48.16	50.00	25.73	53.73	52.08	17.50
36	38	52.63	54.16	24.81	61.40	66.66	19.79
37	21	38.69	41.66	22.97	49.00	50.00	20.36
43	25	68.00	66.66	17.08	61.16	62.50	13.80

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

(continúa)

Tabla 31

*Índices de factores de la conducta planeada hacia la CPRS por unidad de salud
(continuación)*

Autoeficacia		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	73.25	75.00	16.51	71.57	75.00	12.27
3	63	58.82	60.41	15.78	62.07	60.41	18.56
6	27	59.18	60.41	16.42	63.42	75.00	16.51
27	25	69.00	64.58	13.66	62.66	62.50	13.02
29	68	58.08	59.37	20.97	61.12	62.50	18.52
36	38	60.14	61.45	15.47	62.22	62.50	18.71
37	21	68.45	70.83	16.82	59.32	58.33	23.87
43	25	53.08	50.00	15.29	53.58	50.00	17.22
Intención		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	89.51	100.00	14.55	89.51	100.00	14.55
3	63	77.28	81.25	20.49	77.28	81.25	20.49
6	27	80.55	81.25	15.04	89.51	58.33	19.14
27	25	88.25	100.00	16.56	88.25	100.00	16.56
29	68	71.41	75.00	27.85	71.41	75.00	27.85
36	38	87.50	87.50	13.93	87.50	87.50	13.93
37	21	88.09	93.75	15.29	88.09	93.75	15.29
43	25	79.25	75.00	12.06	79.25	75.00	12.06
Conducta sexual		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	.00	.00	.00	1.41	.00	7.85
3	63	6.12	.00	18.63	7.21	.00	18.69
6	27	12.78	.00	25.13	17.53	.00	30.77
27	25	16.06	.00	40.13	17.93	.00	29.71
29	68	5.67	.00	19.03	9.03	.00	23.95
36	38	8.71	.00	23.21	11.34	.00	26.96
37	21	5.05	.00	16.72	9.00	.00	22.60
43	25	21.37	.00	30.34	25.56	.00	33.08
Conocimiento		1ª. Medición			2ª. Medición		
US	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2	31	38.70	37.50	25.93	29.43	29.16	19.71
3	63	53.83	58.33	19.63	55.55	58.33	24.27
6	27	52.46	54.16	23.91	53.24	54.16	21.90
27	25	53.50	50.00	19.15	45.16	50.00	30.39
29	68	45.58	45.83	22.71	49.50	54.16	26.85
36	38	54.93	58.33	18.55	53.50	56.25	19.91
37	21	56.74	62.50	21.34	49.20	58.33	27.81
43	25	69.83	70.83	17.56	68.83	70.83	15.96

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

El objetivo tres establece determinar diferencias en la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes de acuerdo a la unidad de salud correspondientes a la primera y segunda medición. Para responder a este objetivo se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para detectar las diferencias entre los grupos.

A continuación se presentan las tablas donde se muestran la comparación entre las unidades de salud. La evaluación de las actividades por los adolescentes de la US 2 comparada con las US 3, 29 y 36, fueron estadísticamente significativas con medias superiores en la US 2. Asimismo, la autoeficacia de los adolescentes de la US 2 comparada con las US 3, 6, 27, 29, 36 y 43, ésta mostró diferencia significativa siendo consistente mayor la autoeficacia de los adolescentes de la US 2, situación muy semejante para ambas mediciones.

A su vez, la intención de los adolescentes de la US 2 comparada con las US 6, 29 y 43, predominó en los adolescentes de la US 2 en la primera y segunda medición. Sin embargo, el conocimiento de los adolescentes fue mayor en las US 3, 6, 27, 29, 36, 37 y 43; respecto a la US 2, el conocimiento de los adolescentes presentó puntaje bajo para ambas mediciones. La conducta sexual de los adolescentes fue más alta en las US 6, 27, 36 y 43; la US 2 obtuvo valores bajos en ambas mediciones. La norma subjetiva en los adolescentes fue mayor en las US 27, 36 y 43 a diferencia de la US 2, el comportamiento fue muy similar en ambas mediciones; más información sobre las diferencias de la US 2 con las otras unidades de salud se puede apreciar en la tabla 32.

Tabla 32

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 2

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	2	710.50	.032	-	-
	3				
Autoeficacia	2	529.50	.001	669.50	.013
	3				
Intención	2	619.00	.003	619.00	.003
	3				
Conocimiento	2	645.50	.008	397.00	.001
	3				
Autoeficacia	2	232.00	.004	293.50	.051
	6				
Intención	2	269.00	.016	269.00	.016
	6				
Conducta sexual	2	325.50	.006	320.00	.010
	6				
Conocimiento	2	286.50	.039	172.50	.001
	6				
Autoeficacia	2	-	-	253.50	.027
	27				
Norma subjetiva	2	269.00	.050	-	-
	27				
Conducta sexual	2	294.50	.004	288.00	.007
	27				
Conocimiento	2	261.00	.037	256.00	.030
	27				
Evaluación de las actividades	2	516.50	.001	-	-
	29				
Autoeficacia	2	620.00	.001	704.50	.008
	29				
Intención	2	592.50	.001	592.50	.001
	29				
Conocimiento	2	-	-	557.00	.001
	29				

Nota: n= 31 adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p= Valor de significancia

(continúa)

Tabla 32

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 2 (continuación)

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	2 36	412.00	.032	-	-
Norma subjetiva	2 36	-	-	380.50	.011
Autoeficacia	2 36	342.00	.003	410.50	.031
Conducta sexual	2 36	511.50	.038	-	-
Conocimiento	2 36	374.00	.009	241.50	.001
Conocimiento	2 37	179.50	.006	179.50	.006
Norma subjetiva	2 43	158.00	.001	269.00	.049
Autoeficacia	2 43	144.00	.001	170.00	.001
Intención	2 43	208.50	.002	208.50	.002
Conducta sexual	2 43	248.00	.001	241.00	.001
Conocimiento	2 43	131.00	.001	42.50	.001

Nota: $n= 31$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; $p=$ Valor de significancia

La US 3 presentó diferencia de rangos medios en la evaluación de las actividades, la autoeficacia (segunda medición) y la intención de los adolescentes. Sin embargo, las US 6, 27, 29, 36, 37 y 43, mostraron diferencias de rangos en la actitud, la norma subjetiva, la autoeficacia, la intención, la conducta sexual y el conocimiento de los adolescentes tanto en la primera como en la segunda medición.

La actitud de los adolescentes fue mayor en las US 6, 27, 36 y 43, ésta presentó valores bajo en los adolescentes de la US 3. La norma subjetiva de los adolescentes de las US 6, 27, 36 y 43 arrojó diferencias significativas en comparación con la US 3. La autoeficacia de los adolescentes fue mayor en las US 27 y 43 en comparación con la US

3, esto sucedió sólo en la primera medición. Sin embargo, esta misma variable se presentó mayor en la US 3 comparada con la US 43, este evento apareció en la segunda medición. La intención de los adolescentes fue mayor en las US 27 y 37 en comparación con la US 3, a diferencia de la US 3 comparada con la US 36 que fue mayor en la primera medición, pero no así para la segunda medición. La evaluación de las actividades por el adolescente de la US 3 fue mayor comparada con la US 29, sin embargo, cuando se comparó con la US 37, las evaluaciones de las actividades por los adolescentes fueron menores en la US 3. Respecto al conocimiento y la conducta sexual de los adolescentes mostraron ser mayores en la US 43 comparada con la US 3; más información respecto a las diferencias de las unidades de salud se muestra en la tabla 33.

Tabla 33

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 3

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Actitud	3	504.50	.002	-	-
	6				
Norma subjetiva	3	621.00	.042	-	-
	6				
Actitud	3	-	-	478.50	.004
	27				
Norma subjetiva	3	509.00	.010	-	-
	27				
Autoeficacia	3	517.50	.012	-	-
	27				
Intención	3	529.50	.015	529.50	.015
	27				
Evaluación de las actividades	3	1,598.00	.012	-	-
	29				
Actitud	3	666.00	.001	903.50	.039
	36				
Norma subjetiva	3	910.50	.044	767.50	.003
	36				
Intención	3	854.00	.015	854.00	.015
	36				

Nota: n= 63 adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p= Valor de significancia (continúa)

Tabla 33

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 3 (continuación)

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	3 37	345.50	.001	-	-
Autoeficacia	3 37	421.00	.013	-	-
Intención	3 37	452.50	.028	452.50	.028
Actitud	3 43	550.50	.028	-	-
Norma subjetiva	3 43	313.00	.001	524.50	.014
Autoeficacia	3 43	-	-	558.00	.034
Conducta sexual	3 43	591.00	.007	563.50	.004
Conocimiento	3 43	419.00	.001	539.00	.021

Nota: $n= 63$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p = Valor de significancia

La autoeficacia de los adolescentes de la US 6 presentó menor puntaje en comparación con las US 27 y 37, la cual sólo sucedió durante la primera medición. La evaluación de las actividades por el adolescente en la US 6 fue mayor el puntaje en comparación con la US 29, mientras no sucedió así en la comparación con la US 37, la cual reportó mayor puntaje. La intención de los adolescentes de la US 6 mostró valores bajos en comparación con la US 36; en este conjunto de comparación, esta variable no fue estadísticamente significativa para el resto de las unidades. La norma subjetiva y el conocimiento de los adolescentes de la US 6 fue menor en comparación con la US 43; más datos sobre las diferencias de las unidades de salud se presentan en la tabla 34.

Tabla 34

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 6

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Autoeficacia	6 27	225.00	.039	-	-
Evaluación de las actividades	6 29	524.50	.001	-	-
Intención	6 36	358.50	.036	358.50	.036
Evaluación de las actividades	6 37	186.00	.042	-	-
Norma subjetiva	6 37	176.00	.025	-	-
Autoeficacia	6 37	186.50	.044	-	-
Norma subjetiva	6 43	157.50	.001	-	-
Conocimiento	6 43	190.50	.007	207.00	.016

Nota: $n= 27$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; $p=$ Valor de significancia

La evaluación de las actividades por el adolescente de la US 27 presentó mayor puntaje en comparación con la US 29; la cual disminuye cuando es comparada con la US 37. La autoeficacia de los adolescentes de la US 27 presentó mayor diferencia significativa en comparación con las US 29 y 43; en la comparación con la US 43, continuó hasta la segunda medición. La intención de los adolescentes de la US 27 obtuvo mayor puntaje en comparación con la US 29 y 43 para ambas mediciones. La norma subjetiva de los adolescentes de la US 27 tuvo mayor puntaje en comparación con la US 37; sin embargo, con la US 43 fue mayor para esta unidad; cabe destacar que esta variable no se presentó en la segunda medición. El conocimiento de los adolescentes de la US 43 fue mayor en comparación con la US 27. De todo el análisis entre la diferencia de rangos medios de las unidades, la US 27 presentó mayores puntajes en la evaluación de las actividades, la norma subjetiva, la autoeficacia y la intención en los adolescentes en comparación con el resto de las unidades; más información se presenta en la tabla 35.

Tabla 35

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 27

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	27 29	522.00	.004	-	-
Autoeficacia	27 29	596.00	.028	-	-
Intención	27 29	512.00	.003	512.00	.003
Evaluación de las actividades	27 37	149.50	.013	-	-
Norma subjetiva	27 37	142.50	.008	-	-
Norma subjetiva	27 43	203.00	.033	-	-
Autoeficacia	27 43	135.00	.001	194.50	.022
Intención	27 43	190.50	.014	190.50	.014
Conocimiento	27 43	157.00	.002	165.00	.004

Nota: $n= 25$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p= Valor de significancia

La US 29 comparada con las US 36, 37 y 43 no presentaron diferencias de rangos medios para ninguna de las variables analizadas en los adolescentes. La evaluación de las actividades por los adolescentes de las US 36, 37 y 43 presentaron mayores puntajes en comparación con la US 29. La norma subjetiva de los adolescentes de las US 36 y 43 obtuvo mayor puntaje en comparación con la US 29. La intención de los adolescentes de las US 36 y 37 fue significativa en comparación con la US 29. El conocimiento de los adolescentes en las US 37 y 43 estuvo más alto en comparación con la US 29. La conducta sexual de los adolescentes de la US 43 fue mayor comparada con la US 29; más datos se observan en la tabla 36.

Tabla 36

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 29

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	29 36	935.50	.019	-	-
Norma subjetiva	29 36	-	-	938.50	.019
Intención	29 36	799.50	.001	799.50	.001
Evaluación de las actividades	29 37	262.50	.001	-	-
Autoeficacia	29 37	479.50	.023	-	-
Intención	29 37	432.50	.006	432.50	.006
Conocimiento	29 37	464.00	.015	-	-
Evaluación de las actividades	29 43	476.50	.001	-	-
Norma subjetiva	29 43	450.00	.001	621.50	.046
Conducta sexual	29 43	631.50	.004	631.50	.007
Conocimiento	29 43	318.00	.001	484.50	.001

Nota: $n= 68$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; $p=$ Valor de significancia

La evaluación de las actividades por los adolescentes de la US 36 fue menor en comparación con la US 37. La norma subjetiva de los adolescentes de la US 36 presentó valores bajos en comparación con las US 43 y 37 en la primera y segunda medición respectivamente. La autoeficacia de los adolescentes de la US 36 fue menor comparada con la US 37. La intención de los adolescentes de la US 36 en comparación con la US 43 fue mayor en la primera y segunda medición. La conducta sexual y el conocimiento de los adolescentes de la US 36 fue menor en la US 43; la información referente a la US 36 se aprecia en la tabla 37.

Tabla 37

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 36

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	36	935.50	.001	-	-
	37				
Norma subjetiva	36	-	.040	938.50	.026
	37				
Autoeficacia	36	799.50	.031	-	-
	37				
Norma subjetiva	36	298.50	.013	-	-
	43				
Intención	36	274.00	.004	274.00	.004
	43				
Conducta sexual	36	372.00	.047	-	-
	43				
Conocimiento	36	243.00	.018	251.50	.002
	43				

Nota: $n= 38$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p = Valor de significancia

La evaluación de las actividades y la autoeficacia de los adolescentes de la US 37 presentaron diferencias de rangos medios en comparación con la US 43. La norma subjetiva, la conducta sexual y el conocimiento de los adolescentes de la US 37 fueron menores comparados con la US 43; la información se aprecia en la tabla 38.

Tabla 38

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 37

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Evaluación de las actividades	37	158.00	.021	-	-
	43				
Norma subjetiva	37	75.00	.001	157.50	.019
	43				
Autoeficacia	37	124.50	.002	-	-
	43				

Nota: $n= 21$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p = Valor de significancia

(continúa)

Tabla 38

Prueba U de Mann-Whitney para la evaluación de las actividades y los factores de la conducta planeada hacia la CPRS respecto a la US 37 (continuación)

Variable	US	1ª. Medición		2ª. Medición	
		U	p	U	p
Intención	37 43	148.00	.009	148.00	.009
Conducta sexual	37 43	189.00	.030	-	-
Conocimiento	37 43	155.50	.018	154.00	.016

Nota: $n= 21$ adolescentes. US= Unidad de Salud; U= U de Mann-Withney; p = Valor de significancia

Para probar las hipótesis del estudio se utilizaron Coeficientes de Correlación de Spearman para la asociación de las variables y los Modelos de Regresión Lineal Múltiple Multivariado y Univariado.

La hipótesis uno plantea que los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la conducta protectora del riesgo sexual. Se utilizaron dos modelos de Regresión Lineal Múltiple.

En el primer modelo, se observa un efecto significativo del liderazgo ($p<.05$). Por lo que se puede inferir que el liderazgo es importante en los factores de la organización; más información respecto al análisis multivariado se aprecia en la tabla 39.

Tabla 39

Prueba multivariada de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS

Variable	λ	F	gl H	gl E	p
Intercepto	0.684	23.28	2	101	.001
Apoyo administrativo	0.995	0.26	2	101	.771
Gestión del personal administrativo	0.977	1.17	2	101	.313
Liderazgo	0.935	3.53	2	101	.033

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. λ = Estadístico Lambda; F= Estadístico F; gl H= grados de libertad de la hipótesis; gl E= grados de libertad del error; p = Valor de significancia

En el segundo modelo, respecto al Análisis de Regresión Lineal Múltiple, se introdujo los factores de la organización (apoyo administrativo, gestión del personal administrativo y liderazgo) como variables independientes y el sistema de apoyo (entrenamiento y supervisión/asistencia técnica) como variables dependientes. Los Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 40, muestran que el liderazgo tiene un efecto sobre la supervisión/asistencia técnica, el cual se explica en un 27.3% ($F_{[3,102]}=12.79, p<.001$). Con base al análisis se acepta parcialmente la hipótesis uno.

Tabla 40

Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS

Variable dependiente	Variable independiente	B	Error Estándar	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Entrenamiento	Intercepto	46.78	7.35	6.36	.001	32.20	61.36
	Apoyo administrativo	0.01	0.14	0.12	.902	0.30	0.26
	Gestión del personal administrativo	0.02	0.16	0.16	.867	0.29	0.34
	Liderazgo	0.23	0.17	1.34	.181	0.11	0.58
Supervisión/asistencia técnica	Intercepto	31.66	5.23	6.04	.001	21.28	42.05
	Apoyo administrativo	0.04	0.10	0.46	.640	0.15	0.25
	Gestión del personal administrativo	0.14	0.11	1.28	.203	0.08	0.37
	Liderazgo	0.32	0.12	2.63	.010	0.08	0.57

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variables dependientes= Entrenamiento y Supervisión/asistencia técnica

La hipótesis dos enuncia que el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS influye positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual. Para esta hipótesis se ajustan dos modelos de Regresión Lineal Múltiple.

En el primer modelo, se observa un efecto significativo de la supervisión/asistencia técnica ($p<.001$). Por lo que se puede inferir que la

supervisión/asistencia técnica es importante en el sistema de apoyo; más información sobre el análisis multivariado se aprecia en la tabla 41.

Tabla 41

Prueba multivariada del sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS

Variable	λ	F	$gl H$	$gl E$	p
Intercepto	0.281	144.41	2	113	.001
Entrenamiento	0.969	1.80	2	113	.169
Supervisión/asistencia técnica	0.527	50.73	2	113	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. $\lambda=$ Estadístico Lambda; $F=$ Estadístico F ; $gl H=$ grados de libertad de la hipótesis; $gl E=$ grados de libertad del error; $p=$ Valor de significancia

En el segundo modelo sobre el Análisis de Regresión Lineal Múltiple, se incluyó el sistema de apoyo (entrenamiento y supervisión/asistencia técnica) como variable independiente y el sistema de entrega (evaluación del desempeño e implementación del programa JUVENIMSS) como variable dependiente. Los Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 42, señalan que la supervisión/asistencia técnica tiene un efecto sobre el sistema de entrega. En el modelo, se observa que el sistema de apoyo explica el 50.6% de la varianza sobre la evaluación del desempeño ($F_{[2,114]}=58.46, p<.001$) y el 32.4% de la varianza sobre la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,114]}=27.36, p<.001$). Con base al análisis realizado se acepta parcialmente la hipótesis dos.

Tabla 42

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple del sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS

Variable dependiente	Variable independiente	B	Error Estándar	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Evaluación del desempeño	Intercepto	2.34	4.88	0.48	.632	7.33	12.01
	Entrenamiento	0.09	0.07	1.29	.198	0.24	0.05
	Supervisión/asistencia técnica	0.86	0.09	9.16	.001	0.67	1.05
Implementación del programa JUVENIMSS	Intercepto	49.73	3.01	16.52	.001	43.76	55.69
	Entrenamiento	0.07	0.04	1.70	.090	0.16	0.01
	Supervisión/asistencia técnica	0.38	0.05	6.67	.001	0.27	0.50

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variables dependientes= Evaluación del desempeño e Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis tres menciona que los factores de la organización influyen positivamente en el sistema de entrega hacia la conducta protectora del riesgo sexual. Se ajustan dos modelos de Regresión Lineal Múltiple.

En el primer modelo, se muestra un efecto significativo del apoyo administrativo, el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica ($p<.002$). Por lo que se puede inferir que el apoyo administrativo, el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica son importantes para el sistema de entrega; más información en relación al análisis multivariado se aprecia en la tabla 43.

Tabla 43

Prueba multivariada de los factores de la organización, el sistema de apoyo al profesional de salud y el sistema de entrega hacia la CPRS

Variable	λ	F	gl H	gl E	p
Intercepto	0.303	112.50	2	98	.001
Apoyo administrativo	0.879	6.77	2	98	.002
Gestión del personal administrativo	0.994	0.29	2	98	.747
Liderazgo	0.747	16.581	2	98	.001
Entrenamiento	0.976	1.18	2	98	.310
Supervisión/asistencia técnica	0.681	22.99	2	98	.001

Nota: $n= 122$. λ = Estadístico Lambda; F= Estadístico F; gl H= grados de libertad de la hipótesis; gl E= grados de libertad del error; p= Valor de significancia

En el segundo modelo, se empleó el Análisis de Regresión Lineal Múltiple, el cual integró a los factores de la organización (apoyo administrativo, gestión del personal administrativo y liderazgo) y el sistema de apoyo (entrenamiento y supervisión/asistencia técnica) como variables independientes y el sistema de entrega (evaluación del desempeño e implementación del programa JUVENIMSS) como variable dependiente. Los Coeficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple que se presentan en la tabla 44, muestran que el apoyo administrativo, el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica tienen un efecto sobre el sistema de entrega. En el modelo, los resultados obtenidos muestran que los factores de la organización y el sistema de apoyo explicaron el 60% de la varianza sobre la evaluación del desempeño ($F_{[5,99]}=29.70, p<.001$) y el 64.7% de la varianza sobre la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[5,99]}=36.31, p<.001$). Con base al análisis realizado se acepta parcialmente la hipótesis tres.

Tabla 44

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS

Variable dependiente	Variable independiente	B	Error Estándar	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Evaluación del desempeño	Intercepto	3.99	5.19	0.76	.444	14.29	61.36
	Apoyo administrativo	0.19	0.08	2.26	.026	0.02	0.35
	Gestión del personal administrativo	0.05	0.09	0.61	.539	0.24	0.13
	Liderazgo	0.17	0.10	1.67	.098	0.03	0.39
	Entrenamiento	0.11	0.07	1.53	.128	0.26	0.03
	Supervisión/asistencia técnica	0.72	0.11	6.64	.001	0.51	0.94

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variables dependientes= Evaluación del desempeño e Implementación del programa JUVENIMSS (continúa)

Tabla 44

Coefficientes del Análisis de Regresión Lineal Múltiple de los factores de la organización y el sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS (continuación)

Variable dependiente	Variable independiente	B	Error Estándar	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Implementación del programa JUVENIMSS	Intercepto	38.99	2.61	14.93	.001	33.81	44.16
	Apoyo administrativo	0.13	0.04	3.11	.002	0.04	0.21
	Gestión del personal administrativo	0.02	0.04	0.50	.612	0.11	0.07
	Liderazgo	0.30	0.05	5.66	.001	0.19	0.41
	Entrenamiento	0.01	0.03	0.33	.738	0.08	0.06
	Supervisión/ asistencia técnica	0.11	0.05	2.08	.040	.006	0.22

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variables dependientes= Evaluación del desempeño e Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis cuatro plantea que el apoyo administrativo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.

Para cumplir con la hipótesis cuatro, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que el apoyo administrativo no se asocia con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud ($r=.18, p>.05$); por lo tanto, la hipótesis cuatro se rechaza.

Tabla 45

Matriz de Coeficientes de Correlación de Spearman para los componentes para la transferencia del conocimiento

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Factores de la organización</i>								
1. Recurso humano	1							
2. Apoyo administrativo	.11	1						
3. Gestión del personal administrativo	.19	.60**	1					
4. Liderazgo	.33	.56**	.72**	1				
<i>Sistema de apoyo al profesional de salud hacia la CPRS</i>								
5. Entrenamiento	.07	.18	.21*	.22*	1			
6. Supervisión/asistencia técnica	.51	.39**	.46**	.50**	.63**	1		
<i>Sistema de entrega hacia la CPRS</i>								
7. Evaluación del desempeño	.54	.49**	.42**	.55**	.38**	.69**	1	
8. Implementación	.59	.60**	.65**	.75**	.24**	.53**	.56**	1

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ $n = 122$ profesionales de salud

La hipótesis cinco propone que el apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se verificó por medio de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se introdujo el apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud (tabla 46). Los resultados de este modelo señalan que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 30.5% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud ($F_{[2,113]}=24.74, p<.001$). Con

base al análisis, se concluye que el apoyo administrativo y el entrenamiento influyen significativamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud.

Tabla 46

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con apoyo administrativo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	17.405	5.423	-	.001
Apoyo administrativo	.445	.079	.454	.001
Entrenamiento	.202	.070	.232	.005

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente = Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

La hipótesis seis establece que el apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se seleccionó el apoyo administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la implementación para realizar el programa JUVENIMSS (tabla 47). Los resultados de este modelo establecen que las variables independientes tienen efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 39.4% de la varianza en la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,112]}=36.34, p<.001$). Con base a este resultado se establece que el apoyo administrativo y el entrenamiento influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 47

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con apoyo administrativo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	49.553	2.848	-	.001
Apoyo administrativo	.317	.040	.454	.001
Entrenamiento	.053	.036	.232	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis siete refiere que el apoyo administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.

Para cumplir con la hipótesis siete, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que el apoyo administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica ($r=.39, p<.01$); con base a este análisis se acepta la hipótesis siete.

La hipótesis ocho enuncia que el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se empleó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se incluyó el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS (tabla 48). Los resultados de este modelo proponen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 54.6% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,112]}=67.23, p<.001$). Lo que indica que el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la

evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Tabla 48

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con apoyo administrativo y supervisión/asistencia técnica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	.845	2.848	-	.859
Apoyo administrativo	.249	.068	.257	.001
Supervisión/asistencia técnica	.652	.077	.594	.001

Nota: $n=122$ profesionales de salud. Variable dependiente = Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

La hipótesis nueve propone que el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se verificó a través de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se seleccionó el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la implementación del programa JUVENIMSS (tabla 49). Los resultados de este modelo proponen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 47.9% de la varianza en la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,112]}=51.54, p<.001$). De acuerdo a este análisis, se concluye que el apoyo administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 49

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con apoyo administrativo y supervisión/asistencia técnica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	44.160	2.790	-	.001
Apoyo administrativo	.266	.039	.506	.001
Supervisión/asistencia técnica	.186	.043	.316	.001

Nota: $n=122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis diez especifica que la gestión del personal administrativo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.

Para cumplir con la hipótesis diez, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que la gestión del personal administrativo se asocia positivamente en el entrenamiento recibido por los profesionales de salud ($r=.21, p<.05$); con base al análisis obtenido se acepta la hipótesis diez.

La hipótesis once especifica que la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se ejecutó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se incluyó la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS (tabla 50). Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 25.9% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,105]}=18.39, p<.001$). Con base a

este análisis, se interpreta que la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen significativamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Tabla 50

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con gestión del personal administrativo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	15.904	6.192	-	.012
Gestión del personal administrativo	.376	.083	.385	.002
Entrenamiento	.247	.077	.274	.001

Nota: $n=122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

La hipótesis doce establece que la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se incorporó la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la implementación del programa JUVENIMSS (tabla 51). Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 39.3% de la varianza en la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,105]}=34.05, p<.001$). En base a estos resultados, se concluye que la gestión del personal administrativo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 51

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con gestión del personal administrativo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	48.343	3.021	-	.001
Gestión del personal administrativo	.306	.040	.592	.001
Entrenamiento	.065	.037	.135	.082

Nota: $n=122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis trece indica que la gestión del personal administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.

Para cumplir con la hipótesis trece, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que la gestión del personal administrativo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica ($r=.46, p<.01$). De acuerdo al análisis, se acepta la hipótesis trece.

La hipótesis catorce establece que la gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se hizo un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se integró la gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS (tabla 52). Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 50% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,104]}=51.90, p<.001$). En el modelo, los resultados obtenidos muestran que la gestión del personal administrativo y

la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Tabla 52

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con gestión del personal administrativo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	.334	5.224	-	.949
Gestión del personal administrativo	.166	.078	.170	.035
Supervisión/asistencia técnica	.675	.088	.608	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

La hipótesis quince enuncia que la gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se empleó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se integró la gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la implementación del programa JUVENIMSS (tabla 53). Los resultados del modelo reflejan que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 43.5% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,105]}=40.49, p<.001$). Con base a los resultados, se concluye que la gestión del personal administrativo y la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 53

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con gestión del personal administrativo y supervisión/asistencia técnica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	44.971	2.977	-	.001
Gestión del personal administrativo	.243	.043	.470	.001
Supervisión/asistencia técnica	.174	.048	.296	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis dieciséis propone que el liderazgo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud.

Para cumplir con la hipótesis dieciséis, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que el liderazgo se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud ($r=.22, p<.01$). En el análisis realizado, se acepta la hipótesis dieciséis.

La hipótesis diecisiete enuncia que el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se verificó por medio de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se consideró el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS (tabla 54). Los resultados del modelo proponen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 38.5% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,114]}=35.72, p<.001$). Con base a los

resultados, se concluye que el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen significativamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Tabla 54

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con liderazgo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	4.767	5.707	-	.405
Liderazgo	.534	.079	.510	.001
Entrenamiento	.223	.066	.255	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

La hipótesis dieciocho propone que el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se determinó al liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud como variables independientes y como variable dependiente la implementación del programa JUVENIMSS (tabla 55). Los resultados del modelo proponen que el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud tienen un efecto sobre la implementación del programa JUVENIMSS, los cuales explican el 54.6% de la varianza en la implementación del programa JUVENIMSS ($F_{[2,114]}=68.45, p<.001$). De acuerdo al análisis obtenido, se establece que el liderazgo y el entrenamiento recibido por los profesionales de salud influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 55

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con liderazgo y entrenamiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	43.268	2.597	-	.001
Liderazgo	.401	.036	.725	.001
Entrenamiento	.023	.030	.050	.445

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis diecinueve establece que el liderazgo se asocia positivamente con la supervisión/asistencia técnica.

Para cumplir con la hipótesis diecinueve, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que la gestión del personal se asocia positivamente con el entrenamiento recibido por los profesionales de salud ($r=.50, p<.05$); con base al análisis obtenido, se acepta la hipótesis diecinueve.

La hipótesis veinte menciona que el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS. Se corrió un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En el modelo se incluyó el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS (tabla 56). Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 54.8% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,113]}=68.55, p<.001$). Con base a los resultados, se concluye que el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

La hipótesis veintiuno enuncia que el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen positivamente en la implementación del programa JUVENIMSS. Se determinó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Tabla 56
Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud con liderazgo y supervisión/asistencia técnica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	5.094	4.962	-	.307
Liderazgo	.279	.078	.270	.001
Supervisión/asistencia técnica	.625	.084	.558	.001

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Evaluación del desempeño de los profesionales de salud

En el modelo se consideró el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica como variables independientes y como variable dependiente la implementación del programa JUVENIMSS (tabla 57). Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 57.8% de la varianza en la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($F_{[2,114]}=78.11, p<.001$). Con base a los resultados, se concluye que el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica influyen significativamente en la implementación del programa JUVENIMSS.

Tabla 57

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple en la implementación del programa JUVENIMSS con liderazgo y supervisión/asistencia técnica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	41.196	2.546	-	.001
Liderazgo	.363	.039	.663	.001
Supervisión/asistencia técnica	.097	.042	.165	.021

Nota: $n= 122$ profesionales de salud. Variable dependiente= Implementación del programa JUVENIMSS

La hipótesis veintidós propone que el entrenamiento se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Para cumplir con la hipótesis veintidós, se utilizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que el entrenamiento se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($r=.38, p<.01$); con el análisis ejecutado, se acepta la hipótesis veintidós.

La hipótesis veintitrés propone que el entrenamiento se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS

Para cumplir con la hipótesis veintitrés, se ejecutó una Correlación de Spearman

(tabla 45), la cual reportó que el entrenamiento se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS ($r=.24, p<.01$); con el análisis realizado, se acepta la hipótesis veintitrés.

La hipótesis veinticuatro establece que la supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS.

Para cumplir con la hipótesis veinticuatro, se corrió la Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que la supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la evaluación del desempeño de los profesionales de salud para llevar a cabo el programa JUVENIMSS ($r=.69, p<.01$); con el análisis realizado, se acepta la hipótesis veinticuatro.

La hipótesis veinticinco determina que la supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS.

Para cumplir con la hipótesis veinticinco, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 45), la cual reportó que la supervisión/asistencia técnica se asocia positivamente con la implementación del programa JUVENIMSS ($r=.53, p<.01$); con el análisis realizado, se acepta la hipótesis veinticinco.

La hipótesis veintiséis propone que la actitud de los adolescentes hacia la conducta protectora del riesgo sexual (CPRS) se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.

Para cumplir con la hipótesis veintiséis, se utilizó una Correlación de Spearman (tabla 58), la cual reportó que la actitud de los adolescentes hacia la conducta protectora del riesgo sexual no se asocia con la intención hacia la CPRS ($r=.04, p=>.05$); con el análisis ejecutado, se rechaza la hipótesis veintiséis.

Tabla 58

Matriz de Coeficientes de Correlación de Spearman hacia la conducta protectora del riesgo sexual

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Evaluación de las actividades	1						
2. Actitud	.20**	1					
3. Norma subjetiva	.15**	.18**	1				
4. Autoeficacia	.29**	.20**	.09	1			
5. Intención	.22**	.04	.18**	.43**	1		
6. Conducta sexual	.09	.08	.02	.03	.03	1	
7. Conocimiento	.14**	.03	.08	.02	.02	.03	1

Nota: ** $p < .01$ $n = 298$ adolescentes

La hipótesis veintisiete propone que la norma subjetiva de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.

Correlación de Spearman

Para cumplir con la hipótesis veintisiete, se ejecutó una Correlación de Spearman (tabla 58), la cual reportó que la norma subjetiva de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS ($r = .18, p < .01$); con el análisis realizado, se acepta la hipótesis veintisiete.

La hipótesis veintiocho establece que la autoeficacia de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS.

Para cumplir con la hipótesis veintiocho, se corrió la Correlación de Spearman (tabla 58), la cual reportó que la autoeficacia de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la intención hacia la CPRS ($r = .43, p < .01$); con el análisis realizado, se acepta la hipótesis veintiocho.

La hipótesis veintinueve determina que la intención de los adolescentes hacia la CPRS se asocia positivamente con la CPRS.

Para cumplir con la hipótesis veintinueve, se realizó una Correlación de Spearman (tabla 58), la cual reportó que la intención de los adolescentes hacia la CPRS no se asocia con la CPRS; mediante este resultado, se rechaza la hipótesis veintinueve.

La hipótesis treinta determina que la actitud, la norma subjetiva, la autoeficacia y la intención de los adolescentes hacia la CPRS influyen positivamente en la conducta protectora del riesgo sexual. Se verificó por medio de cuatro Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

El primer Modelo de Regresión Lineal Múltiple consideró a la actitud, la norma subjetiva, la autoeficacia y la intención de los adolescentes hacia la CPRS como variables independientes y como variable dependiente la conducta sexual del adolescente, este análisis se puede observar en la tabla 59. Los resultados del modelo establecen que las variables independientes tienen un efecto sobre la variable dependiente, los cuales explican el 4.3% de la varianza en la primera medición. En el segundo modelo, el 3.6% de la varianza se explica en la segunda medición en la conducta sexual del adolescente ($F_{[4,293]}=3.32, p<.011$ primera medición; $F_{[4,293]}=2.70, p<.031$ segunda medición); en ambos modelos, los resultados obtenidos muestran que la autoeficacia influyen significativamente en la conducta sexual del adolescente. En los dos siguientes modelos realizados, el conocimiento de los adolescentes no presentó significancia estadística; por lo tanto, la hipótesis treinta se acepta parcialmente.

Tabla 59

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes primera y segunda medición

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
<i>1ª Medición</i>				
Constante	1.154	6.098	-	.867
Actitud	.126	.094	.080	.182
Norma subjetiva	.111	.056	.119	.049
Autoeficacia	.197	.080	.161	.014
Intención	.113	.070	.107	.105

Nota: $n= 298$ adolescentes. Variable dependiente= Conducta protectora del riesgo sexual (conducta sexual)

(continúa)

Tabla 59

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple hacia la conducta protectora del riesgo sexual en los adolescentes primera y segunda medición (continuación)

Modelo 2	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
<i>2ª Medición</i>				
Constante	2.752	8.130	-	.735
Actitud	.168	.113	.092	.138
Norma subjetiva	.105	.075	.084	.161
Autoeficacia	.184	.083	.139	.027
Intención	.128	.072	.106	.075

Nota: $n= 298$ adolescentes. Variable dependiente= Conducta protectora del riesgo sexual (conducta sexual)

Capítulo IV

Discusión

El propósito de este estudio fue identificar los elementos que operan en el proceso de transferencia y cómo influyen en el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual para ITS/VIH/Sida en adolescentes del programa JUVENIMSS de acuerdo a las unidades de salud participantes. Enseguida se discuten los resultados obtenidos de acuerdo a la transferencia del conocimiento en los adolescentes que participaron en el programa transferido. Posteriormente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Dentro de la transferencia del conocimiento se considera a los factores de la organización, el sistema de apoyo y el sistema de entrega, los cuales forman parte del Modelo del Sistema Interactivo de Wandersman et al. (2008, 2012). Este modelo se explicó en un 64.7% de la varianza total de la implementación del programa JUVENIMSS. A continuación se presenta el análisis correspondiente a los apartados del Modelo del Sistema Interactivo. Los factores de la organización incluyen al recurso humano como parte fundamental cuando se planea llevar a cabo un programa de salud, el cual debe contar con personal suficiente y exclusivo para el desarrollo del programa y con entrenamiento previamente recibido, esto es prioritario para facilitar su inicio, desarrollo y mantenimiento (CIHR, 2012; Fixsen et al., 2009; Ogden et al, 2012; Villarruel et al. 2010; Wandersman et al., 2008, 2012).

Sin embargo, en esta investigación se encontró un escaso número de personal contratado exclusivamente para colaborar en el programa JUVENIMSS. Ante esta limitante se involucró al personal que labora en la unidad para participar en el programa. Los profesionales de salud involucrados en el programa, corresponden principalmente al sexo femenino (84%), porcentaje similar a lo reportado por otros investigadores (Sanders, Prinz & Shapiro, 2009), quienes afirman que las mujeres son más participativas en los programas preventivos.

Respecto a los factores de la organización, en relación al apoyo administrativo y

la gestión del personal administrativo, los resultados revelan un bajo cumplimiento para la transferencia del conocimiento. Se encontró que en las unidades de salud no se han presenciado suficientes cambios administrativos que apoyen a las necesidades específicas para el desarrollo del programa, esta información difiere con lo establecido por diversos investigadores e instituciones, quienes afirman que el apoyo administrativo debe ser un compromiso permanente para lograr la funcionalidad del programa que responda a las necesidades de la población (CIHR, 2012; Fixsen et al., 2009; Wandersman et al., 2008, 2012).

A su vez, los resultados evidenciaron que no se contaron con los suficientes recursos para la ejecución del programa, esto constituye un área de oportunidad para la adecuada transferencia del conocimiento. De acuerdo a Fixsen et al. (2005, 2009) los recursos necesarios se deben considerar previo al entrenamiento hasta el mantenimiento del programa para facilitar su funcionalidad y lograr los mejores resultados en la población. Una función relevante en la gestión del personal administrativo es el establecer conexiones con otras instituciones para la difusión e implementación del programa (Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh et al., 2004; Wandersman et al., 2008).

Sin embargo, un dato relevante en este estudio fue que el personal administrativo no ha participado con las instituciones educativas para ofrecer el programa, ni han asegurado suficientes recursos (humanos, materiales e infraestructura) para iniciar y mantener el programa JUVENIMSS, lo cual afecta la ejecución del programa (Asgary-Eden & Lee, 2009; Halgunseth et al., 2012; Lane et al., 2012). En cuanto al liderazgo, Aarons y Sommerfeld (2012) y Wandersman et al. (2008, 2012) mencionan que influye favorablemente en la implementación de un programa, en este estudio, el liderazgo de los profesionales de salud contribuyó a que asumieran la responsabilidad del programa JUVENIMSS, favoreciendo su implementación en las instituciones educativas.

El siguiente sistema de la transferencia del conocimiento se refiere al apoyo, el cual involucra al entrenamiento y la supervisión/asistencia técnica. De acuerdo a

diversos autores, el personal que participa en un proceso de transferencia debe recibir entrenamiento para adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas para llevar a cabo el programa (Canadian Institutes of Health Research [CIHR], 2012; Chinman et al., 2012; Fixsen et al., 2009; Ogden et al., 2012; Villarruel et al., 2010; Wandersman et al., 2008, 2012). Sin embargo, los profesionales de salud que participaron en este estudio no recibieron suficiente entrenamiento. Además, se encontró un bajo porcentaje de asistencia técnica durante la implementación del programa JUVENIMSS, diferente a los hallazgos reportados por otros autores (Duffy et al., 2012; Hunter et al., 2009; Kegeles et al., 2012; Ray et al., 2012), quienes encontraron porcentajes más elevados en la asistencia técnica para el adecuado funcionamiento del programa. Este resultado se relaciona con la deficiente gestión del personal administrativo.

El último de los sistemas en la transferencia del conocimiento, se refiere al sistema de entrega, este indica la ejecución del programa en las instituciones educativas con la finalidad de que los adolescentes reciban el beneficio del programa (CIHR, 2012; Fixsen et al., 2009; Wandersman et al., 2008, 2012). Este sistema considera la evaluación del desempeño y la implementación del programa JUVENIMSS. La evaluación del desempeño de los profesionales de salud implica valorar el cumplimiento de las sesiones del programa de acuerdo a lo establecido y mantener comunicación con el supervisor, fortalecer las habilidades para realizar el programa y recibir información sobre los resultados de su desempeño (Hunter et al., 2009).

Al respecto, los participantes de este estudio refirieron que no han sido evaluados sobre su desempeño. Por su parte, Ogden et al. (2012) refieren que la supervisión/asistencia técnica es relevante para la evaluación del desempeño debido a que permite identificar en forma pertinente las áreas de oportunidad y fortalecer a través del entrenamiento o reentrenamiento, el conocimiento y las habilidades del personal involucrado en el programa. Fagan et al. (2008) sugieren que las supervisiones se

pueden realizar de manera periódica a través de comunicación por vía telefónica y correos electrónico; así como favorecer aspectos relacionados con la aplicación del programa de manera efectiva, espacios para realizar el programa y evaluación del programa (Kegeles et al., 2012); estos aspectos son recomendables para el mantenimiento y mejoramiento del programa JUVENIMSS.

Dentro de la implementación se considera importante disponer de personal suficiente y capacitado, así como la gestión del personal administrativo para ejecutar el programa en alguna institución con usuarios que puedan beneficiarse con la transferencia (Halgunseth et al., 2012). En este estudio, los profesionales de salud representados principalmente por trabajadoras sociales, médicos y en escasa proporción por el personal de enfermería, mencionaron que el programa JUVENIMSS es ofrecido por las unidades de salud desde el 2007 y en otras con menor tiempo. Asimismo, agregan que el programa es compatible con la visión de la unidad y se ofrece en el transcurso del año a los adolescentes derechohabientes y no derechohabientes del IMSS inscritos en las instituciones educativas del área de influencia de la unidad de salud.

Un hallazgo relevante en relación a los profesionales de salud que proporcionaron las sesiones del programa JUVENIMSS, es la escasa participación del personal de enfermería, esto ofrece un área de oportunidad para que este grupo de profesionales se involucre en la implementación de programas preventivos que permita a través de la transferencia del conocimiento que la población pueda recibir los resultados deseados del programa.

En la implementación se considera pertinente evaluar el programa por parte de los usuarios que lo reciben (CIHR, 2007, 2012; Fixsen, 2009). En un estudio realizado por Cruz et al. (2008) refieren que los adolescentes presentaron resultados favorables ante el programa de salud para prevenir riesgos sexuales, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio, los adolescentes evaluaron de manera favorable al programa

JUVENIMSS, así como a los profesionales de salud quienes proporcionaron las sesiones del programa y reflejaron dominio de las temáticas.

En relación a los adolescentes que reciben el programa hacia la conducta protectora del riesgo sexual (conducta sexual y conocimiento) se consideró a la actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención, las cuales se midieron en dos momentos. A continuación se presentan los hallazgos en relación a cada una de ellas y finalmente, la conducta protectora del riesgo sexual. La actitud de los adolescentes refleja las consecuencias sobre sus relaciones sexuales; en este estudio, los adolescentes refieren que perciben que el uso del condón es bueno para su salud, lo cual difiere con Carmack y Lewis-Moss (2009), quienes informan que los adolescentes no perciben los riesgos sexuales relacionados a su salud.

La norma subjetiva de los adolescentes hacia la intención de protegerse en sus relaciones sexuales, se incrementó a los tres meses de su participación en el programa JUVENIMSS. Esto puede atribuirse a que a los adolescentes tenían presente la información recibida en cuanto a la importancia de la aprobación o desaprobación de la conducta sexual por parte de sus referentes importantes, en este caso sus padres. Además, en algunos estudios de investigación enfatizan en la norma subjetiva de los adolescentes como determinante en la intención para protegerse o abstenerse en las relaciones sexuales (Alvarez, Villarruel, Zhou & Gallegos, 2010; Broaddus, Schmiede & Bryan, 2011; Gallegos et al., 2008). Sin embargo, los hallazgos difieren a lo reportado por Givaudan et al. (2008) quienes señalan que en los adolescentes sexualmente activos, las normas subjetivas no presentaron ningún efecto en la intención para usar el condón.

La autoeficacia de los adolescentes en este estudio reflejó que ellos sienten la confianza para abstenerse o protegerse en sus relaciones sexuales, puede atribuirse a que su autoeficacia se vio fortalecida por medio de las sesiones educativas que recibieron del programa JUVENIMSS para sentirse capaces de protegerse en caso de tener relaciones sexuales. Esto coincide con lo reportado por Gallegos et al. (2008), acerca de que la

autoeficacia es una variable mediadora del programa sobre la intención para usar condón en sus relaciones sexuales. Este hallazgo demuestra la importancia de los programas educativos dirigidos a los adolescentes para que fortalezcan su autoeficacia y desarrollen una conducta protectora.

La intención de los adolescentes se considera el predictor más próximo a la conducta (Ajzen, 2002, 2005; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008), la cual se basa en la intensidad para ejecutarla. En este estudio se presentaron puntajes altos de intención tanto en la primera como en la segunda medición, lo que significa que los adolescentes tienen la intención de protegerse en caso de tener relaciones sexuales en los siguientes tres meses, este resultado apoya a lo encontrado por Gallegos et al. (2008) y Broaddus, Schmiege y Bryan (2011).

Además, confirma lo establecido por la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1991), que postula que el determinante previo a realizar la conducta es la intención, la cual está determinada por la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido, los cuales predicen si el adolescente se abstiene o se protege en sus relaciones sexuales. En este estudio, se encontró un elevado porcentaje de adolescentes que se abstienen en sus relaciones sexuales y presentaron intenciones elevadas para protegerse en caso de tener relaciones sexuales; estos determinantes favorecen en los adolescentes el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual para ITS/VIH/Sida y embarazos no planeados.

Una de las finalidades del programa JUVENIMSS es que los adolescentes se abstengan o si deciden tener relaciones sexuales, se protejan con el uso correcto del condón (IMSS, 2011). En algunas investigaciones, se encontró que los adolescentes que participaron en programas de salud tuvieron un bajo porcentaje de vida sexual (Castillo, 2012; Gallegos et al., 2008). De los adolescentes sexualmente activos que participaron en este estudio, el inicio de vida sexual se presentó a partir de los 14 años de edad, dato que coincide en el estudio realizado por Gallegos et al. (2008), siendo más jóvenes de

edad a lo reportada por Castillo (2012), quien encontró que el inicio de vida sexual activa en los adolescentes que participaron en su estudio fue a partir de los 15 años.

En este estudio, el 13% de los participantes reportaron tener vida sexual activa, este porcentaje se incrementó ligeramente a 17% después de los tres meses de su participación en el programa. La escasa vida sexual de los adolescentes pudiera atribuirse al énfasis del programa acerca de la abstinencia o protegerse durante las relaciones sexuales. Este hallazgo indica que los adolescentes van desarrollando una conducta protectora del riesgo sexual por medio del programa JUVENIMSS. El incremento del 4% en relación a la conducta sexual, pudiera atribuirse a que los adolescentes se sienten más preparados para utilizar un método de barrera como el condón para protegerse de alguna infección de transmisión sexual o embarazos no planeados como resultado de la información recibida en el programa JUVENIMSS.

Otro aspecto fundamental en la conducta protectora del riesgo sexual es el conocimiento de los adolescentes. Una particularidad que presentó este estudio fue que los adolescentes de las diversas unidades de salud evaluaron de manera favorable al programa JUVENIMSS. Sin embargo, al medir su conocimiento en relación a infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, se encontró un bajo puntaje ante este rubro, a diferencia de otros estudios donde el conocimiento de los adolescentes se incrementó después de haber recibido un programa sobre aspectos relacionados con VIH, ITS y prevención de embarazos (Castillo, 2012; Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina & Carey, 2011; Picot et al., 2012).

Los puntajes de autoeficacia e intención que tuvieron los adolescentes fueron altos, pero su conocimiento limitado ante situaciones de riesgo sexual. Esto enfatiza la necesidad de reforzar el conocimiento de los adolescentes desde edades tempranas para que tomen decisiones acertadas sobre su sexualidad y perciban las consecuencias que pudieran repercutir en su vida. Asimismo, esto ofrece un área de oportunidad para las unidades que presentaron bajos puntajes en relación al conocimiento, se debe

profundizar más sobre las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados.

En función de los resultados obtenidos para la transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual, se identificó que la unidad de salud que tuvo menor transferencia del conocimiento en forma global fue la US 3, la cual presentó puntajes bajos referente al apoyo administrativo, la gestión del personal administrativo, liderazgo, entrenamiento, supervisión/asistencia técnica; sin embargo, la unidad de salud 27 tuvo puntajes superiores a 60 en aspectos relacionados al apoyo administrativo, la gestión del personal administrativo, liderazgo, entrenamiento e implementación.

Asimismo, los adolescentes que recibieron las sesiones en esta unidad de salud, mostraron puntajes altos en aspectos relacionados con la evaluación de las actividades, la norma subjetiva, la autoeficacia y la intención en los adolescentes en comparación con el resto de las unidades. Diversos autores e institutos establecen que el apego a la transferencia del conocimiento permite a la población recibir los beneficios del programa (Canadian Institutes of Health Research [CIHR]; Fixsen et al., 2009; Wandersman et al., 2008, 2012); en este estudio el beneficio para los adolescentes que participaron en el programa JUVENIMSS fue el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual como resultado de la transferencia del conocimiento por medio de los profesionales de salud en las unidades donde se implementa el programa.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio mostraron el proceso de transferencia del conocimiento del programa JUVENIMSS para la prevención de ITS/VIH/Sida por unidad de salud así como el desarrollo de una conducta protectora del riesgo sexual. Se encontró que el proceso de transferencia se implementó parcialmente. Los resultados de la transferencia del conocimiento influyeron en la autoeficacia para el desarrollo de la conducta. En la unidad que presentó mayor apego a la transferencia del conocimiento, los adolescentes mostraron mejores resultados para la norma subjetiva, la autoeficacia e

intención para protegerse en sus relaciones sexuales, además los puntajes de la evaluación de las actividades por los adolescentes resultaron altos.

La literatura señala que un proceso efectivo de transferencia del conocimiento requiere de tres sistemas, en el presente estudio si bien, estos tres sistemas se relacionan entre sí, la transferencia de conocimiento para la prevención de ITS/VIH/Sida en adolescentes que participaron en el programa JUVENIMSS está determinada por el apoyo administrativo, el liderazgo y la supervisión/asistencia técnica. Los hallazgos del estudio se consideran relevantes para los tomadores de decisiones del IMSS, se requiere diseñar estrategias que faciliten la transferencia del conocimiento a la práctica con la finalidad de lograr que los adolescentes participantes en el programa JUVENIMSS incrementen las medidas de prevención para ITS/VIH/Sida y conductas protectoras del riesgo sexual.

Recomendaciones para la Práctica Clínica

Se sugiere contratar personal exclusivo para la realización del programa.

Se recomienda que el personal administrativo utilice los resultados de las evaluaciones para mejorar la implementación.

Se propone que la gestión del personal administrativo asegure los suficientes recursos para iniciar, implementar y mantener el programa de manera eficaz.

Establecer un programa continuo de entrenamiento y reentrenamiento para los involucrados en el programa para que adquieran conocimientos y habilidades para su ejecución. Asimismo, evaluar al personal antes y después del entrenamiento.

Contar con un programa de supervisión/asistencia técnica que considere visitas presenciales, comunicación vía correo electrónico o telefónico y permita evaluar el desempeño al inicio y al cierre del programa.

Seleccionar o diseñar un instrumento para la evaluación del desempeño del personal que implemente el programa.

Recomendaciones para la Investigación

Realizar estudios de investigación que permitan valorar el proceso de transferencia en diferentes programas de salud dirigidos a la población.

Se recomienda dar seguimiento a los adolescentes a los 6 y 12 meses, para evaluar el efecto del programa a largo plazo.

Realizar estudios de investigación cualitativa con la finalidad de identificar la percepción del adolescente y el profesional en relación a la temática.

Referencias

- Aarons, G. A. & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 423-431. doi: S0890-8567(12)00087-1 [pii]10.1016/j.jaac.2012.01.018
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H. & Walrath-Greene, C. M. (2009). Evidence-based practice implementation: the impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4, 83. doi: 1748-5908-4-83 [pii]10.1186/1748-5908-4-83
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H. & Willging, C. E. (2011). The soft underbelly of system change: the role of leadership and organizational climate in turnover during statewide behavioral health reform. *Psychological Services*, 8(4), 269-281. doi: 10.1037/a002619
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665–683.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior* (2nd ed.). Milton- Keynes, England: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Alaniz, S. A., Flores, G. J. & Salazar, A. C. E. (2009). Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista de la Facultad de Medicina*, 52(2), 69-72.
- Alvarez, C., Villarruel, A. M., Zhou, Y. & Gallegos, E. (2010). Predictors of condom use among Mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 187-196.

- Asgary-Eden, V. & Lee, C. M. (2012). Implementing an evidence-based parenting program in community agencies: what helps and what gets in the way? *Administration Policy Mental Health, 39*(6), 478-488. doi: 10.1007/s10488-011-0371-y
- Ayala-Castellanos, M. M., Vizmanos-Lamotte, B. & Portillo-Dávalos, R. A. (2011). Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecología y Obstetricia de México, 79*(2), 86-92.
- Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K. & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BioMed Central Public Health, 12*, 292. doi: 1471-2458-12-292 [pii] 10.1186/1471-2458-12-292
- Beets, M. W., Flay, B. R., Vuchinich, S., Acock, A. C., Li, K. K. & Allred, C. (2008). School climate and teachers' beliefs and attitudes associated with implementation of the positive action program: a diffusion of innovations model. *Prevention Science, 9*(4), 264-275. doi: 10.1007/s11121-008-0100-2
- Benavides, T. R. A. (2011). *Programa para prevenir el VIH/SIDA en comunidades con adolescentes en situación de la calle en Monterrey y su área metropolitana.* (Sesión póster).
- Broaddus, M. R., Schmiege, S. J. & Bryan, A. D. (2011). An expanded model of the temporal stability of condom use intentions: gender-specific predictors among high-risk adolescents. *Annals of Behavioral Medicine, 42*(1), 99-110. doi: 10.1007/s12160-011-9266-0
- Brown, L. D., Feinberg, M. E. & Greenberg, M. T. (2010). Determinants of community coalition ability to support evidence-based programs. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 11*(3), 287-297. doi:10.1007/s11121-010-0173-6

- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization* (5a. ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Canadian AIDS Society (2005). *HIV Transmission: guidelines for assessing risk*. Ottawa, ON: Canadian AIDS Society.
- Canadian Institutes of Health Research [CIHR]. (2007). *Knowledge translation at CIHR-Dr. Ian D. Graham*. Recuperado de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/33747.html>
- Canadian Institutes of Health Research [CIHR]. (2010). *Knowledge translation tools*. Recuperado de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41933.html>
- Castillo, A. L. C. (2012). *Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey.
- Carmack, C. C. & Lewis-Moss, R. K. (2009). Examining the theory of planned behavior applied to condom use: the effect-indicator vs. causal-indicator models. *Journal of Primary Prevention*, 30(6), 659-676. doi: 10.1007/s10935-009-0199-3
- Castro, O. L. E., Caldera, F. A., Benavides, T. R. A. & Salas, M. T. (2011). *Conductas sexuales de riesgo para contraer VIH/SIDA en adolescentes de comunidades marginadas*. (Sesión póster).
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2008). Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR Recommendations and Reports*, 57(RR-9), 1-83; quiz CE81-84. doi: rr5709a1 [pii]
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2012). Update to CDC's Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a

- recommended treatment for gonococcal infections. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(31), 590-594. doi: mm6131a3 [pii]
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2010). *Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes (15-29 años), por categoría de transmisión y sexo*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/casosjovenes30Jun2010.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2009). *El VIH/SIDA en México 2009*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2012). *Intervenciones efectivas prevención del VIH que funciona*. Recuperado de <https://www.effectiveinterventions.org/es/Home.aspx>
- Champion, J. D. & Collins, J. L. (2012). STIs: Options & considerations. *Nursing Management*, 43(10), 26-33. doi: 10.1097/01.NUMA.0000419493.57298.34
- Chinman, M., Acosta, J., Ebener, P., Q Burkhart, Clifford, M., Corsello, M., et al. (2012). Establishing and evaluating the key functions of an interactive systems framework using an assets-getting to outcomes intervention. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 295–310. doi:10.1007/s10464-012-9504-z
- Chinman, M., Hunter, S. B., Ebener, P., Paddock, S. M., Stillman, L., Imm, P. & Wandersman, A. (2008). The getting to outcomes demonstration and evaluation: an illustration of the prevention support system. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 206-224. doi: 10.1007/s10464-008-9163-2
- Clark, L. F., Miller, K. S., Nagy, S. S., Avery, J., Roth, D. L., Liddon, N. & Mukherjee, S. (2005). Adult identity mentoring: reducing sexual risk for African-American seventh grade students. *Journal of Adolescent Health*, 37(4), 337. doi: S1054-139X(05)00139-4 [pii] 10.1016/j.jadohealth.2004.09.024

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Clemades, T. (2006). *Manual del taller de capacitación de ITS y VIH, SIDA*. Censida - Mexfam.
- Comulada, W. S., Swendeman, D. T., Rotheram-Borus, M. J., Mattes, K. M. & Weiss, R. E. (2003). Use of HAART among young people living with HIV. *American Journal of Health Behavior*, 27(4), 389-400.
- Córdova, V. J. A., Ponce de León, R. S. & Valdespino, J. L. (2009). *25 años de SIDA en México logros, desaciertos y retos*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Coreño, J. O. (2010). *Guía técnica adolescentes de 10 a 19 años*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cdpcomun/pscgv/guiastecnicas/04_adolescentes_contenido.pdf
- Cruz, Q. J. E., Onofre-Rodríguez, D. J., Gutiérrez, V. J. M., Gallegos, C. E. C. & Villarruel, A. M. (2008). Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(1), 60-67.
- De Long, D. & Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 292(2), 171-179. doi: 292/2/171 [pii]10.1001/jama.292.2.171
- Duffy, J. L., Prince, M. S., Johnson, E. E., Alton, F. L., Flynn, S., Faye, A. M., et al. (2012). Enhancing teen pregnancy prevention in local communities: capacity building using the interactive systems framework. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 370-385. doi:10.1007/s10464-012-9531-9

- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 337-350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, F. & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*, 237–256.
- Elashoff, J., Dixon, J. W., Crede, K. M. & Fotheringham, N. (2000). *nQuery Advisor* [Programa de computadora]. Boston MA: © Release 4.0, Study Planning Software.
- Fagan, A. A., Hanson, K., Briney, J. S., & David Hawkins, J. (2012). Sustaining the utilization and high quality implementation of tested and effective prevention programs using the communities that care prevention system. *American Journal of Community Psychology, 49*(3-4), 365-377. doi: 10.1007/s10464-011-9463-9
- Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D. & Arthur, M. W. (2008). Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 235-249. doi: 10.1007/s10464-008-9176-x
- Fatusi, A. O. & Blum, R. W. (2008). Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BioMed Central Public Health, 8*, 136. doi: 10.1186/1471-2458-8-136
- Fawcett, J. (1999). *The relationship between theory and research* (3rd ed.). Philadelphia, EE.UU.: Lippincott William & Wilkins.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Horner, R. & Sugai, G. (2009). *Readiness for change. Scaling up brief #3*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG, SISEP.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National

- Implementation Research Network. Recuperado de
http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/publications/Monograph/pdf/Monograph_full.pdf
- Fixsen, D., Panzano, P., Naoom, S. & Blasé, K. (2008). *Measures of implementation components of the national implementation research network frameworks*. Chapel Hill: Authors.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2010). *HIV and AIDS: treatment for children and young people*. Recuperado de
http://www.unicef.org.uk/Documents/Publications/unite_treat10.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2004). *STIs: breaking the cycle of transmission*. Nueva York. Recuperado de
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/362_filename_sti_complete.pdf
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L. & Yan Zhou, M. (2008). [Intervention to reduce adolescents sexual risk behaviors: a randomized controlled trial]. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66. doi: S0036-36342008000100012 [pii]
- García, D. G., et al. (2011). Perfil sociodemográfico de pacientes que solicitan la prueba de VIH en un Centro de Salud de la Ciudad de México. *Atención Familiar*, 18(1), 15-19.
- Givaudan, M., Leenen, I., Van de Vijver, F. J., Poortinga, Y. H. & Pick, S. (2008). Longitudinal study of a school based HIV/AIDS early prevention program for Mexican adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 98-110. doi: 788164439 [pii]10.1080/13548500701295256
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research and practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Grant, I. (2009). Rethinking risk: the relevance of condoms and viral load in HIV nondisclosure prosecutions. *McGill Law Journal*, 54, 389-404.

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi: MILQ325 [pii]
- Halgunseth, L. C., Carmack, C., Childs, S. S., Caldwell, L., Craig, A. & Smith, E. P. (2012). Using the interactive systems framework in understanding the relation between general program capacity and implementation in afterschool settings. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 311–320. doi:10.1007/s10464-012-9500-3
- Hennessy, M., Bleakley, A., Fishbein, M., Brown, L., Diclemente, R., Romer, D., et al. (2010). Differentiating between precursor and control variables when analyzing reasoned action theories. *AIDS and Behavior*, 14(1), 225-236. doi: 10.1007/s10461-009-9560-z
- Ho, E. L. & Lukehart, S. A. (2011). Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *Journal of Clinical Investigation*, 121(12), 4584-4592. doi: 57173 [pii]10.1172/JCI57173
- Hunter, S. B., Chinman, M., Ebener, P., Imm, P., Wandersman, A. & Ryan, G. W. (2009). Technical assistance as a prevention capacity-building tool: a demonstration using the getting to outcomes framework. *Health Education & Behavior*, 36(5), 810-828. doi: 1090198108329999 [pii]10.1177/1090198108329999
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] & Secretaría de Salud [SS]. (2009). *ETS en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/094_GPC_ET_Sadolescyadulto/ENF_SEXUALES_EVR_CENETEC2.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] & Secretaría de Salud [SS]. (2009). *Anticoncepción de emergencia*. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/201_SSA_09_Anticoncepcion_emergencia/GPC_201-09_Anticoncepcixn_de_emergenciaEVR.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] & Secretaría de Salud [SS]. (2009).

Anticonceptivos temporales. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/202_SSA_09_Anticoncepcion_temporal_hormonal/GPC_202-09_Anticonceptivos_temporalesEVR.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] & Secretaría de Salud [SS]. (2008).

Clamidia. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/006_GPC_InfporChlamydia/SSA_006_08_EyR.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] & Secretaría de Salud [SS]. (2008). *Dx de*

VIH. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/067_GPC_InfeccionVIH/SSA_067_08_EyR.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2011). *Guía del cuidado de la salud del adolescente de 10 a 19 años*. Recuperado

de http://www.cbtis179.edu.mx/portal2/alumnos/descargas/guia_de_salud_del_adolescente_imss.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud datos nacionales*. Recuperado de

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?s=inegi&c=2766&ep=41>

Instituto Nacional de la Juventud. (2011). *Encuesta nacional de la juventud 2010 -*

Resultados generales. Recuperado de

http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_

2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf

- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Fong, G. T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health, 82*(3), 372-377.
- Jemmott, L.S., Jemmott, J. B. & Villarruel, A. M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 13*(2), 59-69.
- Jiménez, G. M. I. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(1), 107-129.
- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., Huedo-Medina, T. B. & Carey, M. P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: a meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165*(1), 77-84. doi: 165/1/77 [pii]
10.1001/archpediatrics.2010.251
- Johnston, C., Koelle, D. M. & Wald, A. (2011). HSV-2: in pursuit of a vaccine. *Journal of Clinical Investigation, 121*(12), 4600-4609. doi: 57148 [pii]10.1172/JCI57148
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS[UNAIDS].(2009). *AIDS epidemic update*. Recuperado de
http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf
- Kegeles, S. M., Rebchook, G., Pollack, L., Huebner, D., Tebbetts, S., Hamiga, J., et al. (2012). An intervention to help community-based organizations implement an evidence-based HIV prevention intervention: the Mpowerment Project technology exchange system. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 182-198. doi: 10.1007/s10464-011-9451-0
- Kennedy, C. E., Medley, A. M., Sweat, M. D. & O'Reilly, K. R. (2010). Behavioral interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic

- review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(8), 615-623. doi: 10.2471/BLT.09.068213
- Lane, R. I., Berkowitz, J. M., Sullivan, S. T., Rose, J., Bernichon, T., Favoretto, A., et al. (2012). Applying the interactive systems framework to the dissemination and adoption of national and state recommendations for hypertension. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 541–552. doi:10.1007/s10464-012-9511-0
- Lewis, K. M., Lesesne, C. A., Zahniser, S. C., Wilson, M. M., Desiderio, G., Wandersman, A., et al. (2012). Developing a prevention synthesis and translation system to promote science-based approaches to teen pregnancy, HIV and STI prevention. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 553–571. doi:10.1007/s10464-012-9510-1
- Leyva-López, A., et al. (2010). [Emergency contraception in Mexican students]. *Salud Pública de México*, 52(2), 156-164. doi: S0036-36342010000200008 [pii]
- Lightfoot, M., Swendeman, D., Rotheram-Borus, M. J., Comulada, W. S. & Weiss, R. (2005). Risk behaviors of youth living with HIV: pre- and post-HAART. *American Journal of Health Behavior*, 29(2), 162-171.
- Livet, M., Courser, M. & Wandersman, A. (2008). The prevention delivery system: organizational context and use of comprehensive programming frameworks. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 361-378. doi: 10.1007/s10464-008-9164-1
- London UK [Reino Unido]. (2007). *Contraception - barrier methods and spermicides*. Recuperado de http://prodigy.clarity.co.uk/contraception_barrier_methods_and_spermicides/view_whole_topic
- London UK [Reino Unido]. (2008). *UK national guidelines for HIV testing 2008*. British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, British

Infection Society. Recuperado de <http://f.i-md.com/medinfo/material/f29/4eb265dd44aeb6583cc40f29/4eb265f944aeb6583cc40f2c.pdf>

- London UK [Reino Unido]. (2008). *UK national guidelines on the management of syphilis 2008*. Recuperado de www.bashh.org/documents/1771
- London UK [Reino Unido]. (2009). *Chlamydia - uncomplicated genital*. Recuperado de http://prodigy.clarity.co.uk/chlamydia_uncomplicated_genital/view_whole_topic
- London UK [Reino Unido]. (2009). *Trichomoniasis*. Recuperado de http://prodigy.clarity.co.uk/trichomoniasis/view_whole_topic
- London UK [Reino Unido]. (2010). *Gonorrhoea*. Recuperado de http://prodigy.clarity.co.uk/gonorrhoea/view_whole_topic
- London UK [Reino Unido]. (2010). *United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people – 2010*. Recuperado de www.bashh.org/documents/2674
- London UK [Reino Unido]. (2012). *UK National guidelines on safer sex advice*. Recuperado de www.bashh.org/documents/4452
- 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*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- 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.
- Lunn, L. M., Heflinger, C. A., Wang, W., Greenbaum, P. E., Kutash, K., Boothroyd, R. A. & Friedman, R. M. (2011). Community characteristics and implementation factors associated with effective systems of care. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(3), 327-341. doi: 10.1007/s11414-011-9244-0

- Mar, O. A. L. (2010). *Promotores adolescentes PREVENIMSS dinámicas participativas*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Zellner, J., Sipan, C. L., Blumberg, E. J. & Carrizosa, C. (2004). Evaluation of Two-School Based HIV Prevention Interventions in the Border City of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-278.
- Mladenovic, N. (2010). *The legacy of currerier issue unresolved, question unanswered* (Degree of Master of Laws). Faculty of Law, University Toronto.
- Mont, J. D. et al. (2005). *Reported by the HIV PEP study research team*. The Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario (Informe M5G).
- Mueller, T. E., et al. (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(Suppl. B), 164-170.
- National Guideline Clearinghouse [NGC]. (2007). *Human papillomavirus*. New York State Department of Health. Recuperado de <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=11511>
- Noyola, D. E., Malacara-Alfaro, O., Lima-Rogel, V. & Torres-Montes, A. (2006). [Seroprevalence of syphilis in pregnant women in San Luis Potosí]. *Salud Pública de México*, 48(2), 151-154. doi: S0036-36342006000200008 [pii]
- Nueva Gales del Sur de Australia [NSW]. (2011). *NSW Sexually transmissible infections programs unit 2011*. Recuperado de http://www.ashhna.org.au/documents/May_2011_NSW_SHS_SOP_2011.pdf
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., et al (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs – a pilot study. *Implementation Science*, 7(1), 49. doi:10.1186/1748-5908-7-49

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas mundiales sanitarias*. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Infecciones de transmisión sexual: las más comunes*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=20934&SE=SN>
- Patiño, D. C., Álvarez, L. A. & Rivera, S. R. (2010). Propuesta de creación de consultorios de consejería para adolescentes en planificación familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(2), 39-42.
- Peralta, C. E. & Rodríguez, M. L. (2007). Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17, 179-189.
- Pérez, B. C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Picot, J., Shepherd, J., Kavanagh, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E., et al. (2012). Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19 years: a systematic review. *Health Education Research*, 27(3), 495-512. doi: cys014 [pii]10.1093/her/cys014
- Piña, L. J. A. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 53-65.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed.). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2008*. Recuperado de http://www.undp.org/cu/proyectos/VIHSIDA/JC1510_2008GlobalReport_es.pdf

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2010). *Podemos empoderar a los jóvenes para que se protejan del VIH*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010-12-16_JC1830_young_people_es.pdf
- Quintino, P. F., Rivera, R. P., Rodríguez, C. M. & Leyva, F. R. (2009). *El VIH/SIDA en la población infantil: transmisión perinatal y vulnerabilidad*. En H. Barrientos & C. Rodríguez (Ed.). *El VIH/SIDA en la población infantil: transmisión perinatal y vulnerabilidad* (Cap. 13, pp. 141-147). Recuperado de <http://books.google.com/books>
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W. & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice, 14*(2), 117-123. doi: 00124784-200803000-00007 [pii]
- Ray, M. L., Wilson, M. M., Wandersman, A., Meyers, D. C. & Katz, J. (2012). Using a training-of-trainers approach and proactive technical assistance to bring evidence based programs to scale: an operationalization of the interactive systems framework's support system. *American Journal of Community Psychology, 50*(3-4), 415–427. doi:10.1007/s10464-012-9526-6
- Robles, M. S., Piña, L. J. A. & Moreno, R. D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología, 22*(002), 200-204.
- Rotheram-Borus, M. J., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R. & Koopman, C. (2003). Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science, 4*(3), 173-187.
- Sanders, M. R., Prinz, R. J. & Shapiro, C. J. (2009). Predicting utilization of evidence-based parenting interventions with organizational, service-provider and client

variables. *Administration and Policy in Mental Health*, 36(2), 133-143. doi: 10.1007/s10488-009-0205-3

Secretaría de Salud & Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). *Encuesta de salud en escolares en México, 2008 (ENSE)*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/ENSE_Resumen_Ejecutivo_2008.pdf

Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. (México, D. F.). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaría de Salud. (2000). *Modificación a la norma oficial mexicana NOM-010-SSA2-1993, prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. México, D. F.: Diario Oficial de la Federación, 16 de marzo de 2000.

Secretaría de Salud. (2003). *Norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2002, prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. México, D. F.: Diario Oficial de la Federación, 19 de septiembre de 2003.

Secretaría de Salud. (2004). *Norma oficial mexicana NOM-005-SSA2-1993, servicios de planificación familiar*. Diario Oficial de la Federación, 16 de junio de 2004.

Secretaría de Salud. (2008). *Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal*. México, D. F. Recuperado de http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_094_08_ENFERMEDADES_TRANSMISION_SEXUAL_EN_ADOLESCENTE_Y_ADU/IMSS_094_08_GRR.pdf

Sirotin, N., Strathdee, S. A., Lozada, R., Nguyen, L., Gallardo, M., Vera, A. & Patterson, T. L. (2010). A comparison of registered and unregistered female sex workers in Tijuana, Mexico. *Public Health Reports*, 125(Suppl. 4), 101-109.

- Spoth, R., Gyll, M., Redmond, C., Greenberg, M. & Feinberg, M. (2011). Six-year sustainability of evidence-based intervention implementation quality by community-university partnerships: the PROSPER study. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 412-425. doi: 10.1007/s10464-011-9430-5
- Stanton, B., Cole, M., Galbraith, J., Li, X., Pendleton, S., Cottrel, L., et al. (2004). Randomized trial of a parent intervention: parents can make a difference in long-term adolescent risk behaviors, perceptions, and knowledge. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(10), 947-955. doi: 158/10/947 [pii]10.1001/archpedi.158.10.947
- Suárez, T. C. (2009). *Conocimiento y opinión que tiene la población Nahua de la Región de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA* (Tesis de Maestría). Universidad Veracruzana Instituto de Salud Pública. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/29828?mode=full>
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2012). *NOM vigentes*. Recuperado de <http://www.spss.gob.mx/normas-oficiales.html>
- Villarruel, A. M. (2002). *Proposal of cuidate Monterrey*. PHS 398.
- Villarruel, A. M., Gal, T., Eakin, B. L., Wilkes, A. & Herbst, J. H. (2010). From research to practice: the importance of community collaboration in the translation process. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24, 25-34. doi:10.1891/1541-6577.24.1.25
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., III, Jemmott, L. S. & Ronis, D. L., (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-181. doi: 00006199-200405000-00004 [pii]
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics*

& *Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777. doi: 160/8/772

[pii]10.1001/archpedi.160.8.772

Villarruel, A. M., Jemmott, L. S. & Jemmott J. B. III (1999). *Reducing HIV risk among Latino youth*. National Institute of Nursing Research, Grant 1 R01 NR04855-01A1.

Villarruel, A. M., Zhou, Y., Gallegos, E. C. & Ronis, D. L. (2010). Examining long-term effects of Cuídate-a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 345-351. doi: S1020-49892010000500004 [pii]

Wandersman, A., Chien, V. H. & Katz, J. (2012). Toward an evidence-based system for innovation support for implementing innovations with quality: tools, training, technical assistance, and quality assurance/quality improvement. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 445-459. doi: 10.1007/s10464-012-9509-7

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 171-181.

Warner, L., Gallo, M. F. & Macaluso, M. (2012). Condom use around the globe: how can we fulfill the prevention potential of male condoms? *Sexual Health*, 9(1), 4-9. doi: SH11072 [pii]10.1071/SH11072

Wasko, M. & Faraj, S. (2000). It is what one dose: why people participate and help others in electronic communities of practice. *Journal of Strategic Information Systems*, 9(2-3), 155-173.

Wiltsey, S. S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical

literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 17. doi: 1748-5908-7-17 [pii]10.1186/1748-5908-7-17

Workowski, K. A., Berman, S. & CDC (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recommendations and Reports*, 59(RR-12), 1-110. doi: rr5912a1 [pii]

World Health Organization (2012). *Global epidemic data and statistics*. Recuperado de http://www.who.int/hiv/data/global_data/en/index.html

Apéndice A

Guías de Práctica Clínica

Guías de práctica clínica internacionales en relación a ITS, VIH y anticoncepción parte 1

Recomendaciones	Métodos de prevención							
	Consejería ITS/VIH	Abstinencia y reducción de parejas sexuales	Vacuna del VPH	Uso del condón masculino o femenino	Técnica sobre el uso del condón	Uso del diafragma	Microbicidas tópicos y espermicidas	Clasificación de la transmisión del VIH
CDC (2010). Guía para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual Nivel 1 y 2	*	*	*	*	*	*	*	
RU (2012). Guía Nacional que requiere para tomar el riesgo sexual Nivel 4			*	*				
NSW (2011). Servicios de salud sexual Nivel 3	*							
RU (2010). Gonorrea Nivel 1	*	*						
RU (2010). ITS en niños y gente joven Nivel 1, 2, 3 y 4	*			*				
RU (2009). Clamidia Nivel 1	*							
RU (2009). Tricomoniasis Nivel 1	*	*		*				
RU (2008). Sífilis Nivel 1	*	*						
RU (2008). Guía nacional para la detección del VIH Nivel 1	*							
RU (2007). Anticoncepción Nivel 1	*			*		*		
NGC (2007). Virus del papiloma humano Nivel 1	*		*					
Sociedad de SIDA en Canadá (2005). Transmisión del VIH ** Nivel 1 y 2								*

Nota: ** La guía que trata sobre la clasificación de la transmisión del VIH no se ha actualizado, pero sigue vigente para la Sociedad de SIDA en Canadá.

Guías de práctica clínica nacionales en relación a ITS, VIH y anticoncepción parte 2 (continuación...)

Recomendaciones		Métodos de prevención					
GPC/Nivel de evidencia	Anticoncepción no protege del ITS/VIH	AE no protege contra ITS/VIH	Detección del VIH en mujeres embarazadas	Detección del VIH	Métodos anticonceptivos	Prevención de ITS	Factores de riesgo
IMSS (2011). Guía del cuidado de la salud del adolescente de 10 a 19 años							
No refiere nivel de evidencia							
					*	*	
IMSS & SS (2009). Anticoncepción de emergencia							
Nivel 1							
			*				
IMSS & SS (2009). Anticonceptivos temporales							
Nivel 1							
					*		
IMSS & SS (2009). ETS en el Adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal							
Nivel 1							
						*	*
IMSS & SS (2008). Clamidia							
Nivel 1							
						*	*
IMSS & SS (2008). Dx de VIH							
Nivel 1							
				*			*

Apéndice B

Sesiones del Programa JUVENIMSS

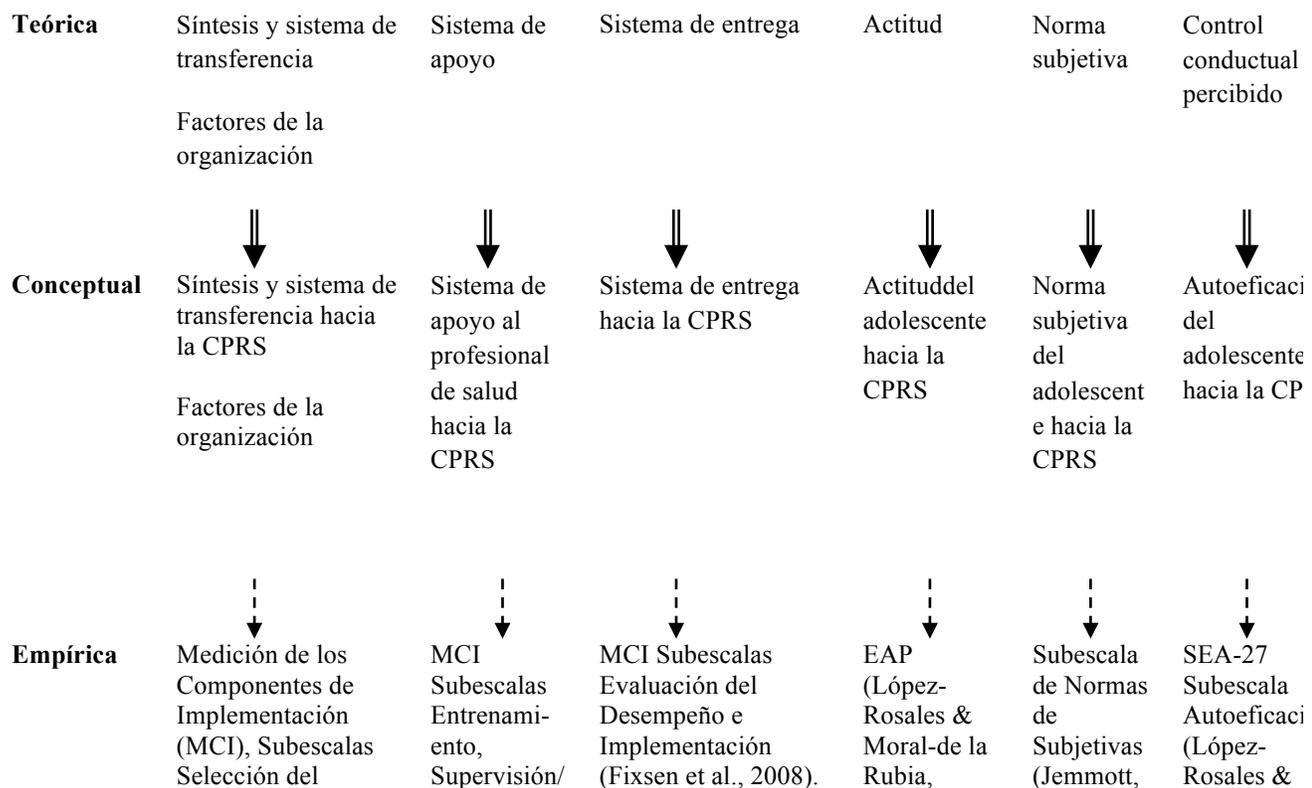
© Coreño (2010)

© Instituto Mexicano del Seguro Social (2011)

© Mar (2010)

Apéndice C

Estructura Teórica Conceptual Empírica para la Transferencia del Conocimiento



Personal, Apoyo
Administrativo,
Gestión del Personal
Administrativo y
Liderazgo (Fixsen et
al., 2008).

Asistencia
Técnica
(Fixsen et
al., 2008).

Evaluación de las
Actividades (Villarruel,
2009).

Jemmott &
Villarruel,
2002).

Moral-de la
Rubia, 200

Apéndice D

Información del Profesional de Salud

Fecha: _____

Código: _____

Nombre del profesional de salud: _____

A. Información general

A1. Estado marital (encierre en un círculo):

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

A2. Años de estudios alcanzados: _____

A3. ¿Cuántos años tiene usted?: _____

A4. ¿Cuál es su género? (encierre en un círculo): Masculino Femenino

A5. ¿Cuál es su profesión?: _____

A6. Antes de impartir el programa JUVENIMSS, Usted ya tenía experiencia en el trabajo con adolescentes.

0. No
1. Sí

A7. Disfruta trabajar con adolescentes.

0. No
1. Sí

A8. El programa JUVENIMSS lleva más de 2 años en esta unidad de salud.

0. No
1. Sí
2. No sé

A9. Número de la unidad de salud: _____

Apéndice E

Medición de los Componentes de Implementación

© Fixsen et al. (2008)

Apéndice F

Lista de Cotejo de las Sesiones del Programa JUVENIMSS

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

US (Unidad de Salud): _____ Grado educativo: _____

Nombre del profesional de salud: _____

Profesión: _____ Observador: _____

Nombre de la institución educativa: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Prevención de VIH, Sida e infecciones de transmisión sexual	Sí	No	Observaciones
1. Tarjetas de 10 x 10 cm de colores (rojo, verde y azul) sin rebasar el número de los integrantes del grupo			
2. Tarjeta roja para ITS			
3. Tarjetas verde y azul para relaciones sexuales con protección			
4. Menciona que las ITS se transmiten por contacto sexual			
5. Hace énfasis en los tipos de ITS			
6. Condiciones que favorecen al contagio de las ITS			
7. Hace énfasis en como detectar las ITS			
8. Da a conocer que es el VIH			
9. Menciona como se transmiten el VIH			
10. Indica cómo se previene el VIH			
11. Alude las maneras de detectar el VIH			
Uso del condón	Sí	No	Observaciones
12. Cuenta con los materiales para la práctica (pepino, condones, lubricantes, toallitas desechables)			
13. Ejemplifica paso a paso como usar correctamente el condón			

14. Señala las precauciones a considerar con el condón			
15. Invita a los adolescentes que practiquen la técnica			
16. Menciona para que sirve el condón			
17. Practican como negociar el uso del condón entre la pareja			
18. Menciona donde pueden adquirir los condones de manera gratuita			
19. Proporciona condones a los adolescentes			
20. Promueve la abstinencia sexual			
21. Promueve el sexo seguro (sin intercambio de fluidos)			
22. Promueve el sexo protegido (usar siempre el condón)			
Salud sexual	Sí	No	Observaciones
23. Hojas blancas para que el adolescente exteriorice sus inquietudes sobre la sexualidad			
24. Buzón para las preguntas sobre sexualidad			
25. El educador responde a todas las preguntas del buzón			
26. Refiere ejercer la sexualidad de manera responsable			
27. Incita a los adolescentes que hablen con sus referentes importantes en aspectos de sexualidad			
Salud reproductiva	Sí	No	Observaciones
28. Presentación sobre los métodos anticonceptivos			
29. Refiere los diferentes tipos de métodos anticonceptivos			
30. Promueve la planificación familiar			
31. Menciona la alternativa de la anticoncepción de emergencia			
32. Indica los riesgos de un embarazo durante la adolescencia			
Características del profesional de salud	Sí	No	Observaciones
33. Transmite con facilidad la información relacionada a ITS, VIH, uso del condón y métodos anticonceptivos			
34. Refleja que ha recibido capacitación para participar en el programa			

35. Prepara de manera anticipada los materiales que ocupará para las sesiones			
36. Cuenta con los materiales para llevar a cabo las sesiones			
37. Refleja empatía con los adolescentes			
38. Tiene energía para trabajar con los adolescentes			
39. Sabe escuchar a los adolescentes			
40. Responde a todas las preguntas de los adolescentes			
41. Apoya a los adolescentes en las dinámicas que marcan las sesiones			
42. Alienta a los adolescentes a que participen de manera activa			
43. Hace contacto visual con los adolescentes			
44. Responde de manera positiva a las respuestas que brindan los adolescentes			
45. Es honesto al no saber alguna respuesta			
46. Indica a los adolescentes donde consultar las respuestas que no fueron contestadas			
47. Respeta el conocimiento y la experiencia que poseen los adolescentes			
48. Es respetado por los adolescentes			
49. Brinda la sesión conforme a lo estipulado (60 minutos)			
50. Alguien acude y supervisa cuando proporciona las sesiones			
51. Le evalúan su desempeño en relación con el programa			
52. Las sesiones las proporciona conforme a lo estipulo por la propia institución			

Apéndice G

Unidades de salud con el programa JUVENIMSS

US	OBSER- VACIÓN	TM	TV
2	Sí	Adolescentes de secundaria	Meta cumplida
3	Sí	Adolescentes de secundaria Meta cumplida	Adolescentes de primaria Actualmente no opera el programa
5	No		
6	Sí	Meta cumplida	Adolescentes de secundaria
7	No	Actualmente no opera el programa Meta cumplida	Actualmente no opera el programa Actualmente no opera el programa
15	No		Actualmente no opera el programa
20	No	Actualmente no opera el programa	Meta cumplida
26	No	Pendiente de programación	Pendiente de programación
27	Sí	Meta cumplida	Adolescentes de preparatoria
28	No	Actualmente no opera el programa	Actualmente no opera el programa
29	Sí	Adolescentes de preparatoria	Adolescentes de primaria
30	No	Meta cumplida	Meta cumplida
31	No	Pendiente de programación	Pendiente de programación
32	No	Meta cumplida	Meta cumplida
35	No	Pendiente de programación	Pendiente de programación
36	Sí	Adolescentes de preparatoria	Actualmente no opera el programa
37	Sí	Actualmente no opera el programa	Adolescentes de secundaria
39	No	Actualmente no opera el programa	Actualmente no opera el programa
43	Sí	Adolescentes de preparatoria	Pendiente de programación
58	No	Actualmente no opera el programa	Actualmente no opera el programa
64	No	Fuera de programación	Fuera de programación
66	No	Meta cumplida	Meta cumplida
68	No	Meta cumplida	Meta cumplida

Nota: $n=23$ unidades de salud. US = Unidad de Salud; TM = Turno matutino; TV= Turno vespertino

Apéndice H

Formulario de Registro del Adolescente

Fecha: _____ US (Unidad de Salud): _____ Código: _____

1. Nombre completo: _____

2. Género: Masculino: _____ Femenino: _____

3. Fecha de nacimiento: _____ 4. Edad: _____

Día Mes Año

5. Nombre y número de la calle donde vives: _____

entre qué calles: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Número telefónico particular: _____ Núm. de celular: _____

6. Nombre de la escuela: _____

7. Año o semestre que cursas: _____ Grupo: _____

8. Has recibido información relacionada con VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, además del programa JUVENIMSS:

0. No

1. Sí

Si tu respuesta fue sí en la pregunta 8, por favor continúa con la pregunta 9.

9. Encierra en un círculo **SÓLO UNA** fuente de información que consultaste principalmente:

1) Internet

2) Libros

3) Revistas

4) Periódicos

5) Televisión

6) Escuela

7) Amigos

8) Papá

9) Mamá

10) Otro: _____

Apéndice I

Evaluación de las Actividades

© Villarruel (2002)

Apéndice J

**Actitud Positiva hacia el Uso del Preservativo y Planificación de las Relaciones
Sexuales (EAP)**

© López-Rosales y Moral-de la Rubia (2009)

Apéndice K

Subescala de Normas Subjetivas

© Jemmott, Jemmott y Villarruel (2002)

Apéndice L

Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (SEA-27)

© López-Rosales y Moral-de la Rubia (2001)

Apéndice M

Escala de Intención

© Villarruel, Jemmott y Jemmott (1999)

Apéndice N

Escala de Conducta Sexual para Adolescentes (Mujeres)

© Jemmontt, Jemmontt y Fong (1992)

© Villarruel et al. (2004)

Apéndice O

Escala de Conducta Sexual para Adolescentes (Hombres)

© Jemmontt, Jemmontt y Fong (1992)

© Villarruel et al. (2004)

Apéndice P

Escala de Conocimiento sobre Embarazo, VIH e ITS para Adolescentes

© Jemmontt, Jemmontt y Fong (1992)

Apéndice Q

Oficio de Autorización por el Instituto Mexicano del Seguro Social

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



DELEGACIÓN REGIONAL DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y
ENLACE INSTITUCIONAL



"2013, Año de la Lealtad Institucional y
Centenario del Ejército Mexicano"

Monterrey, N. L. a 21 de Febrero del 2014

OFICIO NO. 209001/220100/0179

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente le informo que el protocolo titulado "**TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES**", fue realizado dentro de nuestra delegación Nuevo León, siendo encuestadas las siguientes unidades: 2, 3, 5, 6, 7, 15, 20, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 43, 58, 64, 66 y 68.

Siendo los autores:

María Antonieta Olvera Blanco: Candidata a Doctora en Enfermería-Universidad Autónoma de Nuevo León.

María Guadalupe Moreno Monsiváis: Doctora-Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería.

Laura Hermila de la Garza Salinas: Médico Especialista en Medicina del Trabajo-Instituto Mexicano del Seguro Social.

Quedando a sus órdenes, me despido aprovechando la ocasión enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DRA. LAURA HERMILÁ DE LA GARZA SALINAS
COORD. DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y
ENLACE INSTITUCIONAL



Apéndice R

Consentimiento Informado del Profesional de Salud

Título del proyecto:

“Transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual en adolescentes”

Propósito del estudio:

La maestra María Antonieta Olvera Blanco está realizando sus estudios doctorales y me ha invitado a participar en su investigación. La finalidad del estudio es conocer cuáles son las apreciaciones de los profesionales de salud sobre el proceso que hemos realizado en el programa JUVENIMSS.

Descripción del estudio/ procedimiento:

- Si yo accedo a participar, me solicitará que firme esta forma de consentimiento informado.
- Me aplicará un cuestionario que incluye preguntas sobre datos personales, diversos aspectos entorno al programa JUVENIMSS como selección, entrenamiento, asistencia técnica, supervisión, desempeño e implementación.
- El cuestionario será aplicado en mi unidad de salud. Mis respuestas se guardarán en privado y con estricta confidencialidad, omitiendo mi información personal.
- El tiempo destinado para que conteste los cuestionarios será una hora aproximadamente.

Riesgos:

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Sin embargo, algunas preguntas me pueden incomodar. Si en algún momento me siento incómodo con las preguntas, podré dejar de contestar el cuestionario.

Beneficios:

Me comunicó que no recibiré algún beneficio económico, ni de otro tipo por participar en el estudio pero la información que brinde, ayudará a la investigación para

avanzar en el conocimiento respecto al proceso que hemos llevado a cabo en el programa JUVENIMSS.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Se me ha señalado que la información que proporcione, será manejada con estricta confidencialidad. Los resultados de los cuestionarios podrán ser publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general, nunca se presentarán en forma individualizada. El cuestionario que contestaré será anónimo.

Costos:

Yo no tendré que pagar algún costo por participar en este estudio. Los gastos que genere este estudio, estarán a cargo de la maestra Antonieta Olvera.

Retiro:

Mi participación en este estudio es voluntaria, mi decisión no afectará mi relación actual en mi unidad de salud.

Preguntas:

Si tengo alguna pregunta sobre mi participación en este estudio, podré comunicarme con los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 8348-8943 o acudir a las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la UANL, Ave. Gonzalitos 1500 Nte., Colonia Mitras Centro, edificio de posgrado, segundo piso, oficina de Secretaría de Investigación.

Consentimiento:

He leído y comprendido la forma de consentimiento, se me dio la oportunidad de hacer preguntas que me han sido respondidas satisfactoriamente. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

_____ F

irma del Participante

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y Firma: Testigo 2

Dirección: _____

Nombre y Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

MUCHAS GRACIAS!

Apéndice S

Consentimiento Informado del Padre o Tutor

Título del proyecto:

“Transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual en adolescentes”

Propósito del estudio:

La maestra María Antonieta Olvera Blanco está realizando sus estudios doctorales y ha invitado a mi hijo para participar en su investigación. La finalidad del estudio es conocer la información que posee mi hijo(a) sobre embarazos en adolescentes e infecciones de transmisión sexual que ha recibido por medio del programa JUVENIMSS.

Descripción del estudio/ procedimiento:

- A mi hijo se le invitó a participar en este estudio, porque se graduó del programa JUVENIMSS. Si autorizo que mi hijo(a) participe, me solicitará que firme esta forma de consentimiento informado.
- A mi hijo(a) se le aplicarán dos cuestionarios, uno al inicio del estudio y el otro tres meses posteriores a la aplicación del primero. El cuestionario incluye preguntas sobre embarazo, infecciones de transmisión sexual y conducta sexual.
- Los cuestionarios serán aplicados dentro de la institución educativa y las respuestas se guardarán en privado con estricta confidencialidad, omitiendo información personal de mi hijo.
- El tiempo destinado para que mi hijo(a) conteste los cuestionarios será 30 minutos aproximadamente en total.

Riesgos:

No existe riesgos serios relacionados con la participación de mi hijo(a) en el estudio. Entiendo que mi hijo(a) podrá dirigirse inmediatamente con el encuestador, si al

responder las preguntas se siente incómodo(a) por el contenido de algunas preguntas y no continuar con el cuestionario.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Se me ha señalado que la información que proporcione mi hijo, será manejada con estricta confidencialidad. Los resultados de los cuestionarios podrán ser publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general, nunca se presentarán en forma individualizada. El cuestionario que mi hijo(a) contestará será anónimo.

Beneficios:

Mi hijo(a) reflexionará sobre los riesgos de las infecciones que son consideradas muy serias, como el VIH/Sida.

Costos:

Mi hijo(a) no tendrá que pagar algún costo por participar en este estudio. Los gastos que se generen, estarán a cargo de la maestra Antonieta Olvera.

Retiro:

La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. La decisión de que mi hijo(a) no participe o retirarse del estudio, ello no afectará su relación actual con ninguna institución.

Preguntas:

Si tengo alguna pregunta sobre este estudio o la participación de mi hijo(a) en el mismo, podré comunicarme con los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 8348-8943 o acudir a las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la UANL, Ave. Gonzalitos 1500 Nte., Colonia Mitras Centro, edificio de posgrado, segundo piso, oficina de Secretaría de Investigación.

Consentimiento:

He leído y comprendido la forma de consentimiento, doy mi aprobación para que mi hijo(a) participe en este estudio.

Firma del Padre o Tutor

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y Firma: Testigo 2

Dirección: _____

Nombre y Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

MUCHAS GRACIAS!

Apéndice T

Asentimiento Informado del Adolescente

Título del proyecto:

“Transferencia del conocimiento hacia la conducta protectora del riesgo sexual en adolescentes”

Propósito del estudio:

La maestra María Antonieta Olvera Blanco está realizando sus estudios doctorales y me ha invitado a participar en su investigación. La finalidad del estudio es conocer la información que poseo sobre embarazos en adolescentes e infecciones de transmisión sexual que he recibido por medio del programa JUVENIMSS.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Si acepto participar, me solicitará que firme esta forma de asentimiento informado.
- El cuestionario incluye preguntas sobre embarazo, infecciones de transmisión sexual y conducta sexual.
- Entiendo que contestaré dos cuestionarios uno inicial y el segundo, a los tres meses después de haber contestado el primero.
- El cuestionario será aplicado dentro de la institución educativa y las respuestas se guardarán en privado y con estricta confidencialidad, omitiendo mi información personal.
- El tiempo destinado para que conteste los cuestionarios será 30 minutos aproximadamente en total.

Riesgos:

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Sin embargo, algunas preguntas me pueden incomodar. Si en algún momento me siento incómodo con las preguntas, podré dejar de contestar el cuestionario.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Se me ha señalado que la información que proporcione, será manejada con estricta confidencialidad. Los resultados del cuestionario podrán ser publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general, nunca se presentarán en forma individualizada. Los cuestionarios que contestaré serán anónimos.

Beneficios:

Reflexionaré sobre los riesgos de enfermedades que son consideradas muy serias, como el VIH/Sida.

Costos:

Yo no tendré que pagar algún costo por participar en este estudio. Los gastos que se generen, estarán a cargo de la maestra Antonieta Olvera.

Retiro:

Mi participación en este estudio es voluntaria. La decisión de participar o en caso de negarme no afecta mi relación actual con ninguna institución.

Preguntas:

Si tengo alguna pregunta sobre este estudio, podré comunicarme con los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 8348-8943 o acudir a las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la UANL, Ave. Gonzalitos 1500 Ante., Colonia Mitras Centro, edificio de posgrado, segundo piso, oficina de Secretaría de Investigación.

Consentimiento:

He leído y comprendido la forma de asentimiento, se me dio la oportunidad de hacer preguntas las cuales me fueron respondidas satisfactoriamente. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma del Participante

Nombre y Firma: Testigo 1

Dirección: _____

Nombre y Firma: Testigo 2

Dirección: _____

Nombre y Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCE. María Antonieta Olvera Blanco
Candidato a Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO HACIA LA CONDUCTA PROTECTORA DEL RIESGO SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el 25 de Julio de 1978; hija de la Sra. Magdalena Blanco Morales y el Sr. Francisco Olvera Medina.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciatura en Enfermería en el 2001 y como Maestra en Ciencias de Enfermería en el 2004. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar los estudios del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León período 2010-2013.

Experiencia Profesional: Supervisora de atención directa en Servicios Médicos, UANL del 2001 al 2002. Coordinadora de asistentes del programa de salud “Cuidate” de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Michigan, EU y la Facultad de Enfermería de la UANL, del 2002 al 2008. Instructor Clínico de la FAEN, UANL 2007 al 2012. Enfermera del programa oportunidades de los Servicios de Salud de Nuevo León en el 2008. Maestra titular de la FAEN, UANL desde 2006 a la fecha. Portal de expertos UANL en línea a partir de 2009 a la fecha. Coordinadora de enfermería y podología del Centro Universitario de Salud, UANL a partir de Febrero 2014 a la fecha y miembro del área de calidad para la seguridad del paciente en la misma dependencia.

Distinciones: Segundo lugar en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, Modalidad Presencial, 4ta. Generación Local 2002-2005. Además, es Miembro de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing desde 2002 a la fecha y Miembro del Comité de Sucesión de Liderazgo a partir de Junio de 2014. Sigma Theta Tau International Capítulo Tau Alpha reconoce el trabajo realizado del comité de recaudación de fondos en el 2008.

Publicaciones: Olvera, B. M. A., Moreno, M. M. G. & De la Garza, L. H. (2014). Transferencia del conocimiento para la prevención de ITS/VIH/SIDA en adolescentes que participaron en un programa de salud. *Revista Médica del IMSS*, enviado.
Olvera, B. M. A., Benavides, T. R. A., Cruz, C. R. M., López, R. F., Onofre, R. D. J. & Márquez, V. M. A. (2013). Modelo de acompañamiento para la implementación efectiva de programas para prevenir el VIH/SIDA. *Evidentia*, 10(10).
ISSN: 1697-638 X.
Magallanes, M. M., Gallegos, C. E. C., Carrillo, C. A. L., Sifuentes, L. D. & Olvera, B. M. A. (2010). Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en una población universitaria del noreste de México. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 101-107.

E-mail: antonieta_olvera@yahoo.com.mx