

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**IMPACTO DE LA TÉCNICA DE GRUPO OPERATIVO EN  
PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA  
ADQUIRIR VIH-SIDA EN ADOLESCENTES**

**Por**

**MSP. RUBY MERCEDES VARGAS ARRIAGA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN MEDICINA**

**MARZO 2007**

**IMPACTO DE LA TÉCNICA DE GRUPO OPERATIVO EN PREVENCIÓN DE  
CONDUCTAS DE RIESGO PARA ADQUIRIR  
VIH-SIDA EN ADOLESCENTES**

Aprobación por la comisión de Tesis:

---

Dra. S. P. Ana María Salinas Martínez  
DIRECTORA DE TESIS

---

Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda  
COMISIÓN DE TESIS

---

Dr. med. Celina Gómez Gómez  
COMISIÓN DE TESIS

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
COMISIÓN DE TESIS

---

Dr. med. Maritza Leal Isida  
COMISIÓN DE TESIS

---

Dr. Dionicio Ángel Galarza Delgado  
SUBDIRECTOR DE ESTUDIOS DE POSGRADO

## DEDICATORIA

A mi madre, Ma. de Jesús Arriaga Salazar †, quien estudió hasta tercer año de primaria, y formó 3 hijas profesionistas con grados académicos.

A mi abuela materna, Aurora Salazar Espinoza †, quien con su amor y ternura iluminó toda mi niñez y adolescencia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi querida Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, sus dirigentes y maestros de Doctorado que me aceptaron para estudiar este grado.

A mi directora de tesis, Dra. Ana María Salinas, por todo su tiempo, paciencia y sabiduría.

A mi comisión doctoral: Dr.med. Marytza Leal Isida, Dra.Fuensanta López R. ,Dr.med. José Manuel Ramirez Aranda, Dr.med. Celina Gómez Gómez.

Al Dr. Jorge Mascareñas Ruiz.

A las autoridades de la escuela Pedro M. Anaya, maestros, trabajadora social y padres de familia, que apoyaron la realización del presente estudio.

A los alumnos que participaron.

A todas las demás personas que colaboraron.

## TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO		Pág.
1.	INTRODUCCIÓN	
	1.1 Generalidades.....	1
	1.2 Antecedentes bibliográficos.....	5
	1.3 importancia y originalidad .....	12
	1.4 Justificación .....	13
2.	HIPÓTESIS.....	14
3.	OBJETIVOS	
	3.1 Objetivo general.....	15
	3.2 Objetivos específicos.....	15
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	
	4.1 Diseño del estudio .....	16
	4.2 Marco de la muestra y ubicación de la intervención .....	16
	4.3 Criterios de selección	
	4.3.1 Inclusión .....	17
	4.3.2 Exclusión .....	17
	4.3.3 Eliminación .....	17
	4.4 Cálculo del tamaño mínimo de muestra.....	17
	4.5 Asignación a intervención y técnica muestral	
	4.5.1 Unidad de asignación.....	18
	4.5.2 Método de asignación. ....	18
	4.5.3 Técnica muestral .....	19

CAPÍTULO	Pág.
4.6 Intervención	
4.6.1 Las metas de la intervención, durante el periodo del estudio .....	19
4.6.2 Técnica, duración y contenido de la intervención.	21
4.6.3 Condición a comparar.....	22
4.7 Medición de resultados.....	22
4.8 Instrumentos de recolección de datos.....	24
4.9 Procedimientos.....	26
4.10 Aspectos éticos .....	28
4.11 Plan de análisis .....	28
 5. RESULTADOS	
5.1 Descripción de la población blanco, alumnos de 2º de secundaria en la escuela donde se desarrolló la intervención .....	31
5.2 Análisis de equivalencias entre estudiantes del turno matutino con intervención y aquellos del mismo turno pero sin intervención .....	33
5.3 Análisis de equivalencias entre grupo con intervención y grupo sin intervención, antes de iniciar la intervención.....	34
5.4 Impacto de la intervención en actividad o intención de actividad sexual, resultados del análisis intergrupo.....	35
5.4.1 Comparación de conductas de riesgo al término	

CAPÍTULO	Pág.
de la intervención .....	35
5.4.2 Comparación de intención de conductas de riesgo al término de la intervención .....	36
5.5 Impacto de la intervención en actividad o intención de actividad sexual, resultados del análisis intragrupo	
5.5.1 Comparación de conductas de riesgo antes y después de la intervención .....	39
5.5.2 Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención .....	39
6. DISCUSIÓN .....	44
7. CONCLUSIONES.....	54
8. REFERENCIAS.....	55
9. ANEXOS	
A. CUESTIONARIO .....	61
B. SESIONES GRUPO OPERATIVO .....	66

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Pág.
1. Tamaños de muestra necesarios según diferencia porcentual a observar entre el grupo con intervención ( $p_1$ ) y sin intervención ( $p_2$ ) .....	18
2. Comparación de características sociodemográficas en los estudiantes del turno matutino con y sin intervención, alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=110) .....	34
3. Comparación en la medición basal de características sociodemográficas estudiantes con y sin intervención, alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=52) .....	35
4. Impacto de la intervención en conductas de riesgo al término de la intervención, jóvenes con antecedente de relaciones sexuales y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=21) .....	37
5. Impacto de la intervención en intención de conductas de riesgo al término de la intervención, jóvenes sin antecedente de relaciones sexuales y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=26) .....	38
6. Comparación de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes con antecedente de relaciones sexuales	

Tabla	Pág.
y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=26 grupo con intervención y n=26 grupo sin intervención) .....	40

## LISTA DE FIGURAS

Figura		Pág.
1.	Esquema de cono invertido .....	11
2.	Esquema de asignación a condición experimental.....	20
3.	Etapas a desarrollar con el grupo operativo.....	27
4.	Edad de inicio de relaciones sexuales en estudiantes de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=138).	32
5.	Impacto de la intervención en la frecuencia de relaciones sexuales tempranas. Alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=52).....	37
6.	Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes en grupo con intervención y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México.....	42
7.	Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes en grupo sin intervención y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México.....	43

## RESUMEN

MSP. RUBY MERCEDES VARGAS  
ARRIAGA

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Medicina

Número de páginas: 81

Fecha de graduación: Julio 2007

### **IMPACTO DE LA TÉCNICA DE GRUPO OPERATIVO EN LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH-SIDA EN ADOLESCENTES**

Candidata para el grado de Doctor en Medicina

#### **Área de estudio: Conductas de riesgo para adquirir VIH.**

**Propósito y Método del Estudio:** Se diseñó un ensayo clínico controlado para evaluar el impacto de la técnica de grupo operativo en la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en estudiantes de 2° año de una secundaria pública. Previo consentimiento informado del padre o tutor, alumnos del turno matutino fueron asignados a la condición experimental, mientras que aquéllos del turno vespertino, a la condición de comparación. La duración de la intervención fue de 6 meses (24 sesiones, 1 por semana, para cada grupo). Se utilizaron técnicas activas aunadas a la del grupo operativo como debates, discusiones y dramatizaciones; además de la visita de un joven VIH positivo. Se realizaron mediciones antes y después y se establecieron comparaciones inter e intragrupo.

**Contribuciones y Conclusiones:** Al inicio, el 20% de los estudiantes de 2° de secundaria aceptó ya haber iniciado relaciones sexuales. Al término de la intervención, el 73% del grupo de estudio y el 35% del grupo control se mantuvo en abstinencia ( $p \leq 0.01$ ). Sin embargo, el porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales y que reporta actividad sexual de riesgo fue similar entre los grupos con y sin intervención; resultados equivalentes se observaron para intenciones de conductas de riesgo. El presente estudio identifica y propone modificar conductas de riesgo desde edad joven, y los resultados obtenidos son una aportación para la implementación de futuros programas de prevención primaria de infección por VIH/SIDA. Se sugiere seguir trabajando en esta línea de investigación considerando la inclusión de escuelas de otros sectores de la ciudad, e incluso privadas, para ampliar la generalización de resultados.

FIRMA DE LA ASESORA

---

Dr.SP Ana María Salinas Martínez

# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

### 1.1 Generalidades

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), ha producido el más importante problema de salud mundial. A fines del año 2006 había 40.3 millones de personas con VIH/SIDA. En América Latina se calculan 1.6 millones de casos con una prevalencia en adultos de 0.5%, siendo la principal forma de transmisión las relaciones sexuales con personas del mismo o diferente sexo, y las drogas endovenosas. En México se estiman 200,000 casos, tomando en cuenta un 30% de subregistros y retraso en la notificación.<sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la salud (OPS) estima que la mitad de todas las infecciones que se presentan cada año son en menores de 25 años y la mayoría se infecta por vía sexual; considerando un período de latencia del virus de 2 a 12 años, se puede asumir que gran número se pudo haber infectado en la adolescencia.<sup>2</sup> En el año 2004 se estimó que más de 6,000 jóvenes de 15 a 24 años fueron infectados por el VIH cada día y que ocurrieron en ese mismo año 640,000 nuevas infecciones en menores de 15 años, siendo los países más afectados África y Asia; 12,900 por año en Latinoamérica y el Caribe. Se calcula en 10 millones y más, el total de jóvenes viviendo con SIDA para el 2005. Por lo

que uno de los objetivos principales de la campaña global contra el SIDA es prevenir la infección en adolescentes y gente joven<sup>3</sup> proponiéndose como meta para el año 2010 el reducir el porcentaje de jóvenes viviendo con VIH en un 25%.

Los factores de riesgo que influyen para adquirir la infección son actividad sexual coital prematura (antes de los 16 años), actividad sexual no protegida con una pareja infectada, múltiples compañeros sexuales, y uso de drogas inyectables usando equipo contaminado.<sup>4</sup> En Estados Unidos de América (EUA), se reporta también el consumo de alcohol como factor de riesgo.<sup>5</sup> Todas estas situaciones son comunes en los adolescentes quienes aunque puedan tener conocimiento amplio sobre SIDA, poseen una baja percepción de riesgo personal, y por consecuencia un comportamiento sexual de alto riesgo.<sup>6</sup> Otros grupos especialmente vulnerables son los jóvenes migrantes, refugiados, sin hogar, trabajadores sexuales, y los que viven en circunstancias de extrema pobreza<sup>4</sup>.

En cuanto a nuestro país, Golub y cols. en el año 2002, efectuaron un estudio de 1,203 estudiantes de 7° a 12° grado sobre abuso o dependencia de alcohol en la ciudad de México, todos asociaron el abuso de alcohol con experiencia sexual de riesgo; el riesgo de tener sexo fue 6 veces mayor estando bajo el efecto del alcohol que sin él (RM= 6.6; IC95%: 3.9-11.1)<sup>7</sup>. Auvert y cols. después de una serie de encuestas en 4 ciudades de África Subsahariana a hombres y mujeres entre 15 y 19 años, publicadas en el año 2002, concluyeron

que la prevalencia de casos de VIH se asoció con una edad temprana de la primera relación sexual, y aumentó también por el alto número de compañeros sexuales, por lo que la prevención de VIH debe incluir esfuerzos para posponer la edad de inicio de vida sexual.<sup>8</sup> Por otra parte, Kelly y cols. en el año 2002 aplicaron cuestionarios para obtener datos acerca de conducta sexual y obtuvieron muestras de sangre para pruebas de VIH a 7,216 mujeres africanas sexualmente activas de 15 a 29 años; el 17% resultó infectada por VIH y el riesgo de prevalencia de la infección se incrementó a medida que aumentaba la edad de sus compañeros sexuales, siendo más alto ante diferencia de 10 o más años entre el varón y la mujer. Por lo tanto, la diferencia de edad entre una mujer joven y su compañero sexual, es un factor de riesgo significativo para adquirir la infección.<sup>9</sup> Estudios como el de Moscú, por Trubnikob y cols. que obtuvieron datos etnográficos, de conducta, económicos y psicológicos, mostró que el 67% de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de dicho país ya habían tenido relaciones sexuales; 18%, nunca usaron condón; 1 de cada 5 pidió o dio dinero y drogas a cambio de sexo; 48%, tuvieron más de 1 compañero sexual; un tercio, tuvo relaciones sexuales únicamente con la pareja sexual en los últimos doce meses; y otro tercio, usaba drogas.<sup>10</sup>

Por otra parte, Caballero y cols. en 1996, encuestaron a 1,010 adolescentes en Guadalajara, ciudad que ocupa el segundo lugar con más casos de VIH en México, y encontró una subcultura sexual de libre expresión con riesgo moderado a alto, sexo con diferentes parejas, y bajo uso de condón excepto en el estrato social alto.<sup>6</sup> Fontes y Ponce estudiaron a 400 adolescentes de 16 a 23

años universitarios de la ciudad de México, en el año 2005, sobre conocimientos de VIH-SIDA, sexualidad, uso de condón, enfermedades de transmisión sexual y conductas de riesgo. Estos autores reportaron que los niveles de conocimiento no se asocian con ausencia de conductas de riesgo, que no hay diferencia por sexo en las actividades de riesgo, y los patrones de crianza son determinantes en las mujeres para desarrollar éstas.<sup>11</sup> En Monterrey, en un estudio de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) por Carranza en el año 2005, informó que adolescentes hombres de estrato social bajo tienen su primera relación a los 14 años y las mujeres a los 17, mientras que desconocían las formas de transmisión y prevención del SIDA. Además, no se veían como candidatos a VIH y expresaron resistencia general al uso del condón, fidelidad, sexo seguro y abstinencia; el 98% tuvieron una relación de riesgo.<sup>12</sup>

En 1997, López y Moreno, en una muestra de 962 adolescentes de estrato bajo también de Monterrey, se encontró que el inicio de actividad sexual fue a los 13 años en hombres y a los 15 años, en mujeres; 28% ya eran sexualmente activos, solo 26% usaba regularmente condón, con un número de compañeros sexuales en promedio, 2 en hombres y 1 en mujeres. Se concluyó que la principal conducta de riesgo para adolescentes eran las relaciones heterosexuales coitales sin uso de condón.<sup>13</sup>

## 1.2 Antecedentes

Encuestas de más de 40 países por ONUSIDA y UNICEF en el año 2001, revelaron que los conceptos erróneos sobre SIDA están muy generalizados entre los jóvenes, y que más del 50% de aquellos de 15 a 24 años, tienen concepciones equívocas sobre cómo se transmite esta enfermedad. Asimismo, estas organizaciones documentan la extensión de la infección a numerosos países de Asia, el Caribe y de la Comunidad Europea, entre consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo, por lo que ya se están implementando programas para estos grupos. La principal recomendación de estas instituciones es el aplazamiento de la actividad sexual como medida de protección, así como proporcionar conocimientos y habilidades para la vida, facilitar la obtención de condones de buena calidad, e instruir a los jóvenes para negociar la abstención ó la utilización de condones.<sup>1</sup>

En cuanto a estrategias para modificar las conductas de riesgo, instituciones estadounidenses como el Centro de Control de Enfermedades, los Institutos Nacionales de Salud, el Centro para Estudios de Prevención del SIDA (CAPS) de la Universidad de California, han utilizado intervenciones de tipo educativo basadas en teorías como la de aprendizaje social, de inoculación social, social cognoscitiva, protección y motivación, y de influencias motivacionales y conducta.<sup>14</sup> Otro modelo educativo de amplia difusión mundial actualmente es el de *teen peer educator*”, o educadores de iguales, en el que se capacita a un grupo de jóvenes sobre VIH, y cada uno de ellos a su vez capacita a otro grupo de sus mismos compañeros. Así, en grupos de 10, un adolescente capacitando

a otros 10, se tendrían 100 adolescentes capacitados en VIH.<sup>15</sup> Sin embargo, a pesar de la euforia que esta técnica está despertando, hay que recordar que la sola información o educación no modifica la conducta, sino que se debe acompañar de la aplicación de alguna de las teorías que sí la cambian. Por ejemplo, Phillips y cols. en 1997, en una cohorte de 29,659 adolescentes sometidos a un programa educacional, lograron un buen nivel de conocimientos sobre SIDA, sin embargo, no demostraron ser eficaces en modificar prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH. En cambio la auto-percepción de riesgo sí ha mostrado ser un predictor significativo de intención de cambio.<sup>5</sup>

El CAPS efectuó un proyecto de educación para prevenir el SIDA en una escuela preparatoria urbana de Oakland, California, de 1989 a 1996 denominado HOT (Healthy Oakland Teens). En este estudio se entrenaron a estudiantes de 9° grado durante un semestre, con el objetivo de reducir el riesgo de infección de VIH. Se ofrecieron clases diarias para 30 ayudadores, después de las cuales, éstos hablaron a 300 estudiantes más cada año. Durante el 8° grado habían recibido 2 sesiones iniciadoras junto con la visita de jóvenes infectados con VIH. El programa se consideró exitoso con resultados significativos para los estudiantes que lo tomaron.<sup>15</sup> Por otra parte, Stanton y col en 1996, efectuaron un estudio controlado para prevenir el SIDA, en adolescentes de 9 a 15 años africano-americanos de bajos ingresos basado en la teoría de motivación protectora y el modelo de conocimiento social. Su objetivo central correspondió a disminuir las relaciones sexuales sin protección mediante 8 sesiones de 1 hora y media en grupos de 10 adolescentes, con 2

intervencionistas y 1 de comunidad, enfatizando valores, hechos del SIDA, desarrollo humano, videos, juegos de roles y repartiendo condones. La intervención fue efectiva en cuanto que fue mayor el uso del condón en el grupo de estudio en comparación al testigo.<sup>16</sup>

Otros autores como Kirby y cols. han utilizado teorías de aprendizaje social, inoculación social y conducta cognitiva desde 1991 en 13 escuelas secundarias de California, con el objetivo de posponer la iniciación de relaciones sexuales y reducir relaciones no protegidas. Participaron 758 alumnos del 10° grado escolar, la mediana de edad fue de 15 años, con un 37% de estudiantes ya experimentados sexualmente y profesores voluntarios que tuvieron 3 días de capacitación. Se desarrollaron habilidades para disminuir conductas de riesgo y reconocer formas de presión social para tener sexo, así como estrategias para tener sexo protegido. Los resultados indicaron que los estudiantes de la intervención fueron significativamente menos propensos a iniciar relaciones sexuales, y hubo menos relaciones sexuales no protegidas en comparación al grupo testigo.<sup>17</sup>

Kashaga y cols. con el objetivo de disminuir el número de relaciones sexuales no protegidas, efectuaron un entrenamiento a estudiantes de universidades en Tanzania para formar clubes de salud reproductiva llamados TAYOTA, siglas provenientes de **T**anzania **Y**outh **T**erm **A**gainst **A**IDS, en el año 2002. El programa incluyó debates, grupos de trabajo, ensayos, competencias, seminarios, música, danza, drama, testimonios y periódicos. Los autores

concluyeron que estrategias como estas constituyen las mejores propuestas para tener cambios de conducta acerca de la sexualidad.<sup>18</sup>

De acuerdo a la revisión de la literatura anterior y a las recomendaciones efectuadas por las organizaciones internacionales, las intervenciones son efectivas cuando son aplicadas a grupos pequeños, con participación activa de sus integrantes, los cuales son guiados a la prevención por sus propios compañeros, siendo aún mejor cuando existe la visita de un joven con VIH al grupo. Una técnica que reúne los requisitos anteriores y en la cual fue basada la intervención del presente estudio, corresponde a la llamada de *Técnica de grupo operativo* propuesta por el Dr. Enrique Pichón-Riviére, psicoanalista argentino, y a continuación se describen algunas experiencias con la misma.

En México, Chehaybar en su artículo publicado en 1994, describe los elementos de la fundamentación teórico-práctica del aprendizaje grupal y menciona que en la Universidad Nacional Autónoma de México a través de su Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (CISE), ha estado trabajando con la teoría y técnica del grupo operativo para la formación de los estudiantes desde 1977. Se utilizan las teorías de Pichón Riviére y José Bleger, quienes dan una interpretación psicológica y psicoanalítica a cada momento del proceso educativo.<sup>19</sup> En el aspecto de salud mental, Horacio Folidori, refiere que según la teoría de Pichón Riviére, el avance de un grupo se da en una espiral dialéctica, y que la idea generalizada de que se aprende de manera lineal es falsa y cita las seis categorías que evalúan el avance de un grupo: Afiliación,

pertinencia, cooperación aprendizaje, comunicación y telé. También menciona la experiencia de 8,000 estudiantes de preparatoria de la Universidad de Morelos que intercambiaron una vez a la semana sus ideas y fantasías acerca de sus dificultades para elegir una carrera.<sup>20</sup> Vásquez en su artículo “Método de enseñanza en grupos de aprendizaje” de 1994, enfatiza en la interacción y asunción de roles y refiere múltiples ventajas en torno a la aplicación de grupos operativos para consecución de las metas educativas de los alumnos: Permite la presentación de la información en forma variada, facilita el aprendizaje, y fomenta el interés por la investigación.<sup>21</sup>

En España, Muñoz y Valcarce, en 1994, describen 8 años de experiencia con grupos operativos con alumnos de la carrera de psicología evolutiva, de la Facultad de Psicología de Madrid, con resultados completamente favorables de acuerdo a los objetivos planteados.<sup>22</sup> En Cuba, en educación superior en 1997, Castellanos menciona que en la problemática actual del aprendizaje grupal se parte de la concepción del aprendizaje como actividad social, y al grupo como escenario de aprendizaje, y que incorporando al análisis los elementos teóricos y prácticos de la teoría y técnica del grupo operativo, se aporta una riqueza en la comprensión e interpretación del proceso grupal.<sup>23</sup>

Considerando lo anterior, se ha elegido la utilización de la técnica de grupo operativo del Dr. Enrique Pichon Riviére, que agregó parte de psicoanálisis, psicología social y filosofía social al trabajo en grupo, siendo además su técnica didáctica, interdisciplinaria, interdepartamental y de enseñanza orientada. Por lo

tanto, reúne las características para ser exitosa en grupos, en este caso, estudiantes de secundaria de 2° año. Esta técnica se centra en la tarea y permite al grupo aprender a pensar en términos de resolución de dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de sus integrantes.<sup>24</sup> La tarea en los grupos de adolescentes consistió en prevenir la infección por VIH-SIDA, a través de posponer el inicio de actividad sexual para los que no la han tenido, y aumentar el uso de condón para los experimentados sexualmente. El grupo operativo, alcanzó un auge considerable a partir de la década de los 60, utilizándose como tratamiento para padecimientos psiquiátricos, en empresas, en el ejército y en educación. Hay por lo tanto grupos operativos terapéuticos, familiares, de aprendizaje y de reflexión. En este estudio se utilizará el grupo operativo de aprendizaje. Para comprender todo lo que sucede en un grupo y la manera de manejarlo se muestra la Figura 1, en el que se puede observar un cono en cuya base se ubican los contenidos explícitos, en el vértice, las situaciones universales o implícitas; y en la espiral gráfica, el movimiento dialéctico de indagación y esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito, con el objeto de explicitarlo (analizar, es hacer explícito lo implícito). También forman parte del grupo un sistema de roles que son el portavoz, el saboteador, el chivo emisario y el líder. Lo implícito está contenido en las situaciones universales que son: a) Miedos básicos tales como miedo a la pérdida de la estructura lograda, y al ataque de situaciones nuevas; b) Situación terapéutica negativa ante miedo y resistencia al cambio; c) Inseguridad; d) Procesos de aprendizaje y comunicación (riel del aprendizaje); y f) Fantasías básicas. Todo esto ocurre en la *pretarea*, que es la 1ª, etapa del

grupo. La siguiente etapa es la *tarea* propiamente dicha, la cual consiste en elaborar ansiedades (hacer consciente lo inconsciente) y la emergencia de una posición depresiva básica, que también requiere elaboración. La tercera etapa del grupo es el *proyecto*, en el cual hay elevación del nivel de aspiración, colaboración en obras colectivas, y construcción o planificación de un proyecto, y el grupo entonces se convierte en un agente de cambio local.

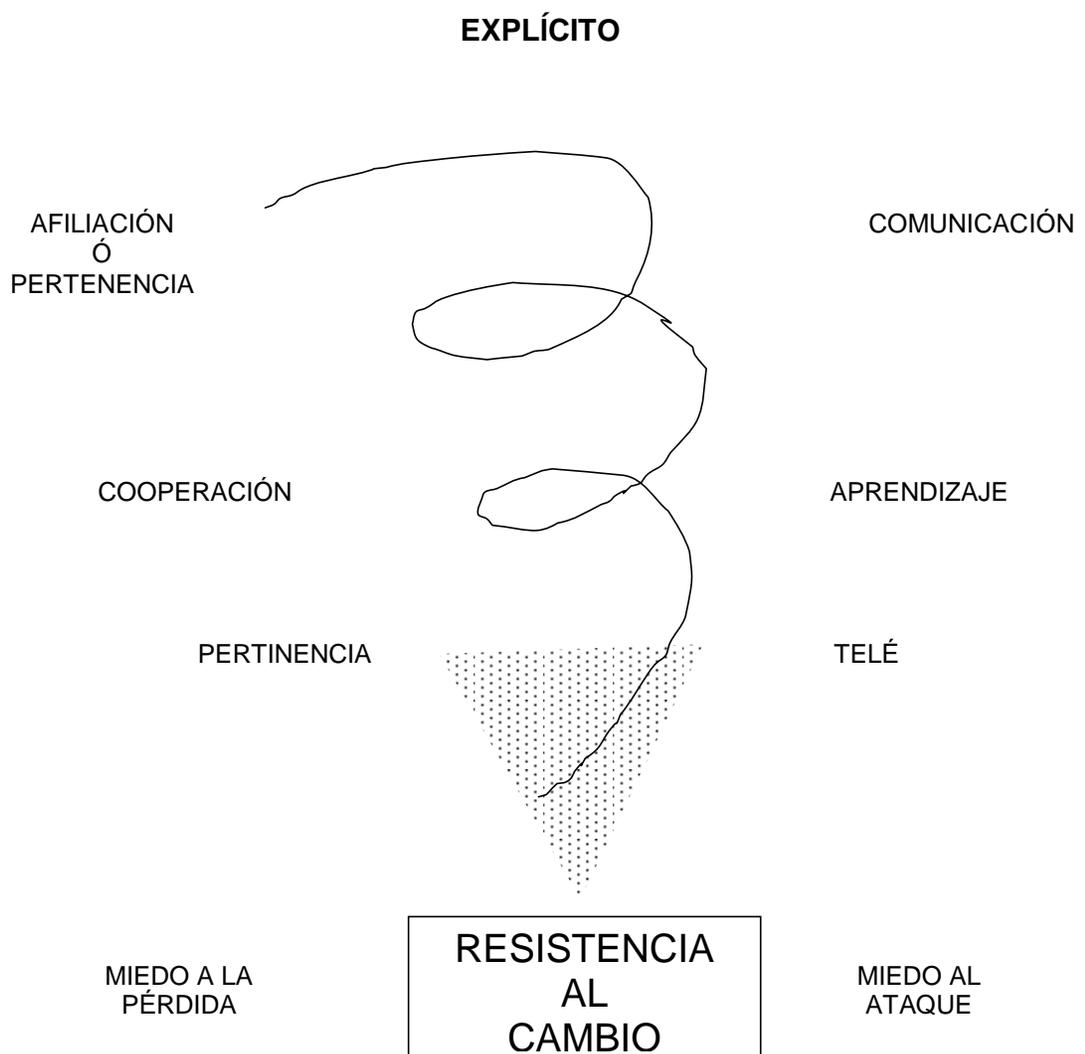


Figura 1. Esquema del cono invertido

### 1.3 importancia y Originalidad

En México, la epidemia de SIDA sigue en aumento, aunque se considera una epidemia concentrada. Se estima que más del 50% de los casos que ocurren de los 25 a los 35 años se infectaron en la adolescencia, desconociéndose la prevalencia real de infecciones en este grupo, pero se puede calificar de inquietante por la población numerosa de jóvenes en nuestro país. En EUA, una de cada 4 infecciones ocurre en jóvenes menores de 22 años, y debido a que se están observando tasas altas de enfermedades transmitidas sexualmente como gonorrea y clamidia, se asume que también de VIH<sup>1</sup>. Las estrategias preventivas son pobres y limitadas para grupos de edad joven, aunado a una publicidad escasa y relativa del uso de condón y número de parejas. Aunque en las escuelas de nuestro medio, tanto primarias como secundarias, se proporciona información sobre estos problemas, ésta no es suficiente para modificar las conductas de riesgo, y no existen intervenciones en ninguna de las instituciones de salud, para modificación de conductas. Conocido es que la información y educación *per se* no modifican conductas de riesgo. Precisamente, la técnica de grupo operativo o de tarea, ha demostrado ser altamente eficaz para modificar conductas. Sin embargo, no existe información disponible publicada de la aplicación de esta técnica para modificar la intención y prevenir conductas de riesgo para adquirir SIDA en adolescentes de escuela secundaria.

#### **1. 4 Justificación.**

El grupo de mujeres y de jóvenes a nivel mundial, son los grupos más altamente vulnerables para el VIH-SIDA y en los que debe ser prioritaria su prevención. Es indispensable establecer programas con objetivos de modificación de conductas. En el caso de jóvenes, no hay intervenciones específicas para ellos en ninguna de las instituciones de salud de nuestro medio, y no es suficiente el conocimiento y la información proporcionada a nivel escolar. Así, el libro de Biología de 2° año de secundaria incluye un capítulo de enfermedades transmitidas sexualmente, cuya extensión es de cuatro páginas y en donde se destinan tan sólo 10 líneas al tema del SIDA. La magnitud del problema es otro elemento para justificar el estudio, en nuestro país como en todos los países subdesarrollados, el 33% de las personas que son VIH+ está en el grupo de 15-24 años de edad. En cuanto a mortalidad, en la edad joven (25-44 años), el SIDA ocupa la cuarta causa de defunción. Otro aspecto importante es el laboral, donde repercute la presentación de la sintomatología de aquéllos que se infectaron en la adolescencia; el impacto es alto en ausentismo, incapacidades, disminución de productividad, cambio de plaza, readiestramiento de sustituto, además, del alto costo de la asistencia médica, viéndose afectada la economía de cualquier región y país a largo plazo.

## CAPÍTULO 2

### HIPÓTESIS.

- Ho.1 El porcentaje de integrantes del grupo con intervención que se mantiene sin actividad sexual (abstinencia), no es mayor a aquél del grupo sin intervención
- Ho.2 Al término de la intervención, el porcentaje de integrantes con actividad o intención\* de actividad sexual de riesgo (sin protección, bajo el efecto del alcohol o drogas, hombres teniendo sexo con hombres, con más de 1 pareja, y sexo a cambio de dinero o bienes) del grupo con intervención, no es menor a aquél del grupo sin intervención
- Ho.3 En el grupo con intervención, el porcentaje de integrantes con actividad sexual de riesgo al término, no es menor que aquél del inicio

\* *Intención* aplica a adolescentes *sin* antecedente de actividad sexual, y *actividad* aplica a adolescentes *con* antecedente de la misma

## CAPÍTULO 3

### OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general

Evaluar el impacto de la técnica de grupo operativo en prevenir conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH-SIDA en adolescentes estudiantes de segundo año de secundaria de una escuela pública.

#### 3.2 Objetivos específicos

1. Comparar el porcentaje de integrantes de los grupos con y sin intervención que se mantiene sin actividad sexual (abstinencia)
2. Al término de la intervención, comparar entre los grupos con y sin intervención, el porcentaje de integrantes con actividad o intención\* de actividad sexual sin protección, bajo el efecto del alcohol o drogas, hombres teniendo sexo con hombres, con más de una pareja, y sexo a cambio de dinero o bienes
3. En el grupo con intervención, comparar antes y después, el porcentaje de integrantes con actividad o intención de actividad sexual sin protección, bajo el efecto del alcohol o drogas, hombres teniendo sexo con hombres, con más de una pareja, y sexo a cambio de dinero o bienes

---

\* *Intención* aplica a adolescentes *sin* antecedente de actividad sexual, y *actividad* aplica a adolescentes *con* antecedente de la misma

## CAPÍTULO 4

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 4.1 Diseño del estudio

Ensayo clínico controlado no aleatorizado, paralelo con un grupo de estudio y uno de control, ambos con mediciones pre y pos prueba.

#### 4.2 Marco de la muestra y ubicación de la intervención

La población blanco estuvo constituida por adolescentes estudiantes de segundo año de secundaria en la escuela pública, Escuela Secundaria No. 11 “Pedro M. Anaya”, sitio donde se desarrolló la intervención previa aprobación por la directora de la Secretaría de Educación Pública, el director de la escuela, maestros y padres de familia. Se seleccionó esta población porque según la Encuesta Nacional de Salud del Adolescente del 2000, el grupo de edad de 12-14 años casi no registra actividad sexual, mientras que en aquél de 15-17 años, ya el 16.6% de los adolescentes es sexualmente activo.<sup>25</sup> Dado el requisito de edad mínima de ingreso a las primarias en nuestro país, se anticipa que una gran parte de los estudiantes de 1º de secundaria cuenten con 13-14 años de edad y se pudiera asumir que en su mayoría, sin vida sexual. En 2º de secundaria, los alumnos ya debieran tener 14-15 años, grupo en el que se puede esperar inicio de vida sexual. Por lo tanto, se considera que la

intervención es clave en este grado escolar para mantenimiento de la abstinencia en aquellos no experimentados sexualmente. O bien, para evitar o disminuir las prácticas de riesgo en aquellos que inicien o que ya llevan una vida sexual activa.

#### 4.3 Criterios de selección

##### 4.3.1 Inclusión.

Consentimiento informado firmado por madre, padre o tutor

##### 4.3.2 Exclusión.

Embarazo al inicio de la intervención

##### 4.3.3 Eliminación.

Asistencia menor al 80% de las sesiones

#### 4.4 Cálculo del tamaño mínimo de muestra

Se estimaron varios tamaños mínimos de muestra de acuerdo a posibles diferencias porcentuales a obtener entre el grupo con intervención ( $p_1$ ) y sin intervención ( $p_2$ ), al término de la misma, en todos ellos se utilizó una potencia del 80% y alfa de una cola de 0.05 (Tabla 1). Es importante mencionar que se recomienda aplicar la técnica de grupos operativos en grupos con tamaño reducido; tomando en cuenta esta limitación, más aquella de los recursos humanos, fue posible trabajar con 3 grupos. Es decir, el tamaño de la población con intervención fue de 42 estudiantes, suficiente para detectar diferencias cercanas a 0.30. No hubo deserciones en el transcurso del estudio, sin

embargo se contó con encuestas completas de medición basal en 38 alumnos (Figura 2).

Tabla 1. Tamaños de muestra necesarios según diferencia porcentual a observar entre el grupo con intervención ( $p_1$ ) y sin intervención ( $p_2$ )

$p_1$	$p_2$	Diferencia $p_2 - p_1$	n en cada grupo
0.20	0.40	0.20	92
0.20	0.50	0.30	45
0.20	0.60	0.40	28
0.30	0.60	0.30	49
0.30	0.70	0.40	29
0.40	0.70	0.30	49
0.50	0.70	0.20	103

#### 4.5 Asignación a intervención y técnica muestral

##### 4.5.1 Unidad de asignación

Individual.

##### 4.5.2 Método de asignación

Alumnos del turno matutino fueron asignados en forma consecutiva a la condición de intervención, mientras que aquéllos del turno vespertino, a la condición de comparación.

#### 4.5.3 Técnica muestral

Previo consentimiento informado del padre o tutor respectivo se llevó a cabo en los turnos de mañana y tarde una medición basal en la totalidad de alumnos con asistencia el día de la aplicación del cuestionario, de 138 de un total de 156 estudiantes. Posteriormente, maestros del turno matutino invitaron a sus alumnos a inscribirse en el *Programa de Prevención de VIH*. Así, de cada salón se inscribieron en forma voluntaria los estudiantes que conformaron 3 grupos, cada uno con 14 miembros. Lo anterior ofreció la ventaja de que los integrantes de cada grupo eran conocidos entre sí, por lo que estarían en mayor confianza para externar opiniones y sentimientos; en las sesiones finales los adolescentes participaron en rifas de artículos deportivos, balones, camisetas, paquetes de dulces, chocolates, entre otros. Los alumnos de tarde fueron contactados de nuevo solamente para la aplicación de la encuesta de medición final. En la Figura 2 se esquematiza el proceso de integración de grupos con y sin condición de intervención

#### 4.6 Intervención

##### 4.6.1 Las metas de la intervención, durante el periodo del estudio:

- a. Mantener adolescentes sin actividad sexual (abstinencia).
- b. Menos adolescentes con actividad o intención de actividad sexual sin protección.
- c. Menos adolescentes con actividad o intención de actividad sexual de riesgo (con más de una pareja, hombres teniendo sexo con hombres,

sexo bajo el efecto del alcohol o drogas; sexo a cambio de dinero o bienes).

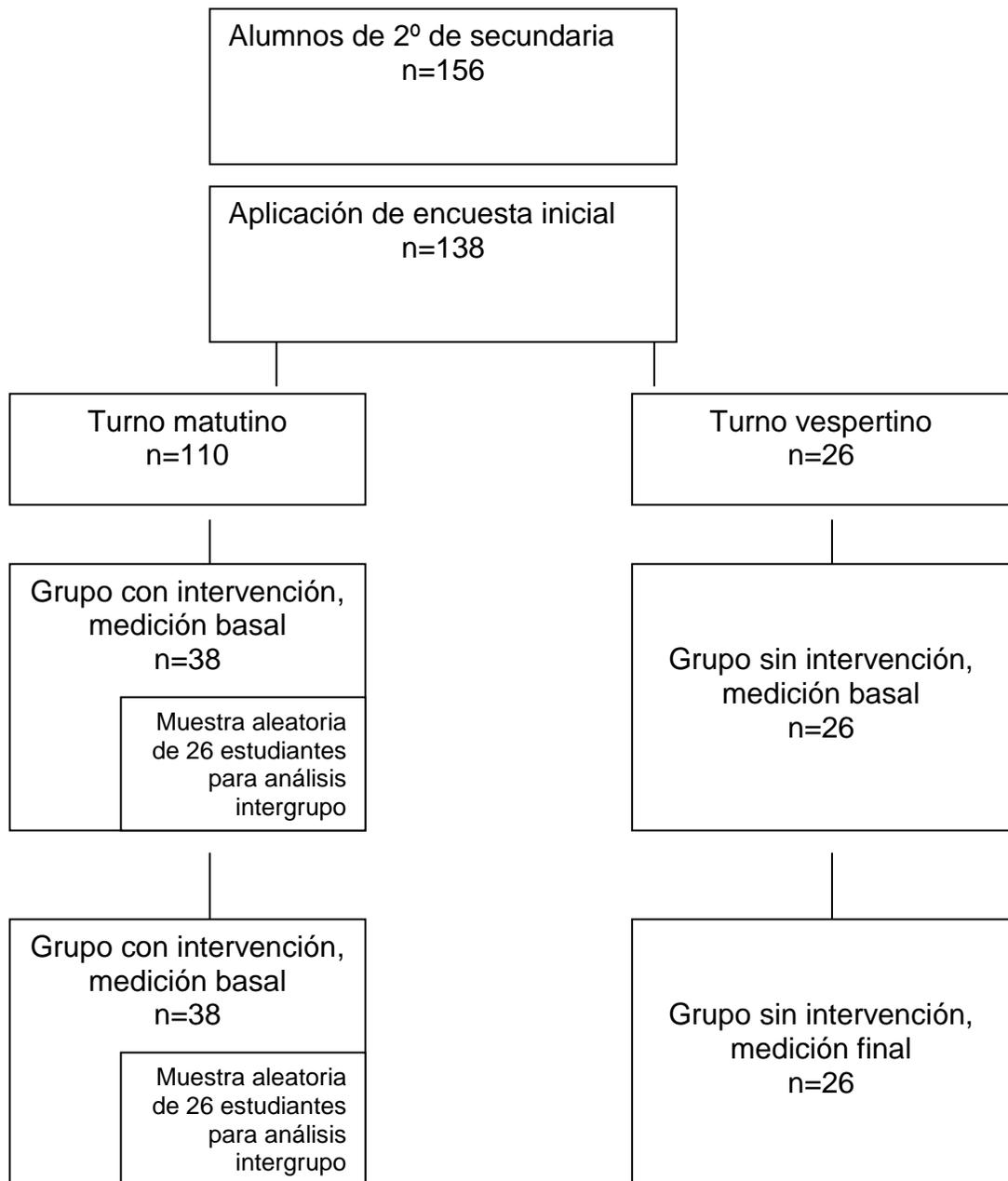


Figura 2. Esquema de asignación a condición experimental

#### 4.6.2 Técnica, duración y contenido de la intervención

La intervención se basó en la técnica de grupo operativo, la cual se define por su autor como un conjunto restringido de personas ligadas por constantes de tiempo, espacio y articuladas por su mutua representación interna que se proponen una tarea que constituye su finalidad, en este estudio, prevenir y/o modificar conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Para alcanzar el objetivo es necesario que los miembros del grupo realicen un trabajo o tarea común. La tarea será el organizador de todos los procesos de pensamiento, comunicación y acción que se den entre los miembros del grupo. La técnica tiene varias fases: En la primera o pretarea, se presentan las técnicas defensivas del grupo, que producirán resistencia, miedo al cambio e inseguridad, y son producidas por sentimientos de ansiedad. La 2ª fase o de tarea, consiste en el abordaje de hacer consciente lo inconsciente mediante análisis e interpretaciones por el coordinador que harán se elaboren las ansiedades; en la 3ª fase el sujeto modifica su actitud ante el cambio, y emerge el proyecto, en donde hay creación colectiva, colaboración y construcción de un proyecto de cambio. El grupo estaría en situación de tarea cuando logre tener las funciones de pertenencia, cooperación, pertinencia, aprendizaje, comunicación y telé (esto último es disposición para trabajar con otros). Las funciones del coordinador son las de crear, mantener y fomentar la comunicación, dinamizar para resolver discusiones, y estudiar con detalle todas las partes de un problema. Los observadores no participan, recogen todo el material expresado verbalmente en el grupo, para realimentar al coordinador en las técnicas de conducción. Otros elementos o roles del grupo son: El portavoz

que es el que enuncia un acontecimiento, el chivo expiatorio, el saboteador, y el líder. La duración de la intervención se planteó a 6 meses; en total 24 sesiones semanales de 1 hora y media, llevadas a cabo en salones de clase, en hora y día previamente programados. Las sesiones estuvieron todas a cargo de un coordinador experto en grupos operativos (psicóloga), apoyada por dos observadores. Para cada grupo, fue necesario que se utilizaran técnicas muy activas aunadas a la del grupo operativo, como debates, discusiones, dramatizaciones y se agregó la visita de un joven VIH positivo. En la sección 4.9 de procedimientos se describen con detalle las actividades de la intervención, y en el anexo B el contenido de las sesiones.

4.6.3 Condición a comparar: Los estudiantes de esta escuela son visitados regularmente por elementos de la Dirección de Policía y Tránsito, quienes ofrecen conferencias y pláticas sobre drogadicción una ó dos veces por semana. También por estudiantes de la Facultad de Psicología y de las Escuelas Preparatorias de la UANL, los cuales dan pláticas sobre sexualidad y uso de condón durante todo el año escolar. Esto adicional a las clases señaladas en su programa de estudios.

#### 4.7 Medición de resultados

La intervención se enfatizó en los siguientes factores que corresponden a conductas que al evitarlas se reducen las posibilidades de adquirir VIH/SIDA:

- a. Relaciones sexuales tempranas, es decir, antes de los 16 años.
- b. Actividad sexual sin protección. La mayoría de la gente se infecta de VIH a través de la actividad sexual; se contrae la enfermedad si no se usa condón cuando se tiene relaciones sexuales con una persona ya infectada con VIH.
- c. Tener más de un compañero sexual
- d. Hombres que tienen sexo con hombres sin protección.
- e. Actividad sexual bajo el efecto de alcohol o drogas, porque una vez con el efecto puede haber sexo sin protección
- f. Actividad sexual a cambio de dinero y bienes, por exponerse a tener sexo con más de un compañero sexual o con alguien que tiene más de un compañero sexual; y particularmente, sin protección.

El principal resultado de interés al estudio eran las conductas de riesgo mencionadas previamente. Sin embargo, debido a que se anticipaba un porcentaje bajo de adolescentes en 2º de secundaria con actividad sexual, se decidió incluir la medición de "intención a" con base en la teoría de la conducta planeada que postula que las intenciones son predictoras poderosas de conductas.<sup>26</sup> Así, se entiende por intención a una conducta de riesgo como la probabilidad subjetiva o percepción del individuo para ejecución futura de una acción específica.

#### 4.8 Instrumentos de recolección de datos

Debido a que no se logró ubicar un solo instrumento que reuniera las necesidades del proyecto, se decidió seleccionar reactivos utilizados en diversas encuestas de conductas de riesgo sexual en adolescentes tales como la Encuesta de la Juventud (Youth Survey), de la Universidad de California, San Francisco, Instituto de estudios de políticas de salud; la Encuesta de Salud para Adolescentes (Health Survey for Adolescents), desarrollado por el Grupo de Trabajo para Mejora de la Calidad de la Atención al Adolescente; Serie de Encuestas Nacionales sobre el Sexo en Adolescentes: 1. Toma de decisiones, 2. Sexo seguro, condones y la píldora, 3. Enfermedad de transmisión sexual (A Series of National Surveys of Teens About Sex: 1. Decision Making, 2. Safer Sex, Condoms and “the Pill”, 3. Sexually Transmitted Disease), y Encuesta Nacional de Adolescentes y Adultos Jóvenes sobre Conocimiento y Actitudes de Salud Sexual (Youth Knowledge and Attitudes on Sexual Health: A National Survey of Adolescents and Young Adults), todas estas elaboradas por la Fundación Familia Kaiser. En primera instancia los reactivos de interés se tradujeron y adaptaron al lenguaje de los jóvenes en el contexto local. El cuestionario se diseñó y se aplicó en adolescentes de la localidad a manera de entrevista para obtener retroalimentación sobre claridad de las preguntas, facilidad de las opciones de respuesta, presencia de lenguaje *ad hoc* para jóvenes de la misma edad que los entrevistados; después de esta prueba se adecuó el orden y la redacción de algunos reactivos. La encuesta se diseñó para ser auto administrable y se planeó el anonimato de los cuestionarios

utilizando solamente números de folio con fines de identificación. Los adolescentes completaron el cuestionario al inicio de la primera sesión y a los 6 meses, al término de la intervención, en el grupo de estudio. La misma encuesta la respondieron los adolescentes del grupo control, en fechas similares. En el Anexo A, se puede consultar el cuestionario en su versión final.

El instrumento constó de las siguientes secciones:

Sección 1. Información sobre el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (11 reactivos), fuentes de información sobre el SIDA (8 reactivos), e información sobre uso del condón y otros métodos de protección para VIH y SIDA (10 reactivos); opciones de respuesta fueron Sí, Algo, No y No Sé.

Sección 2. Comunicación con los padres y/o adultos mayores sobre prevención de conductas de riesgo para VIH y SIDA (13 reactivos) y razones para no iniciar relaciones sexuales a temprana edad (18 reactivos); opciones de respuesta fueron Sí, Algo, No y No Sé.

Sección 3. Intención a conductas de riesgo: Intención a iniciar vida sexual (3 reactivos), intención de tener relaciones sexuales sin protección (3 reactivos), intención de tener sexo con alguien del mismo sexo (1 reactivo), intención de tener sexo a cambio de dinero o en especie (2 reactivos); opciones de respuesta fueron Sí, Algo, No y No Sé.

Sección 4. Prácticas de riesgo: Relaciones sexuales sin protección (4 reactivos), relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas (4 reactivos), relaciones sexuales con mismo sexo (1 reactivo), relaciones sexuales con más

de una pareja (1 reactivo), sexo a cambio de dinero o bienes (2 reactivos); opciones de respuesta fueron Sí, Algo, No y No Sé.

## Sección 5. Características sociodemográficas

### 4.9 Procedimientos

Un grupo operativo quedó integrado por los estudiantes, un coordinador y dos observadores, cada uno con funciones específicas. Antes de cada sesión el coordinador entregó por escrito a cada grupo, la tarea del día con respecto al tema de VIH. Durante el desarrollo de las sesiones se estuvo observando la afiliación o identificación con los procesos grupales, en los que el sujeto guarda una determinada distancia sin incluirse totalmente en el grupo, esto se convierte más tarde en pertenencia, una mayor integración al grupo, y hace posible la cooperación o contribución a la tarea grupal, luego se produce la pertinencia, que consiste en el centrarse del grupo en la tarea prescrita al grupo; la comunicación verbal o preverbal a través de gestos, y por último, ocurre el aprendizaje, resolución de ansiedades, adaptación a la realidad, creatividad y elaboración de proyectos; y el *telé* que es la disposición positiva o negativa para trabajar como miembro del grupo. Al finalizar la sesión los observadores se reunían con el coordinador para evaluar los resultados y con base a ello se planificaba la tarea correctora, es decir, la solución de problemas que podían impedir al grupo alcanzar la tarea. Cuando el grupo estuvo estructurado para oponerse al cambio se dijo que estaba en la *pretarea*, entonces el coordinador condujo a resolver lo que impedía al grupo avanzar a la *tarea* propiamente

dicha. Se consideró que el grupo estaba en situación de tarea cuando logró tener funciones de pertenencia, cooperación, pertinencia, aprendizaje, comunicación y telé (Figura 3).

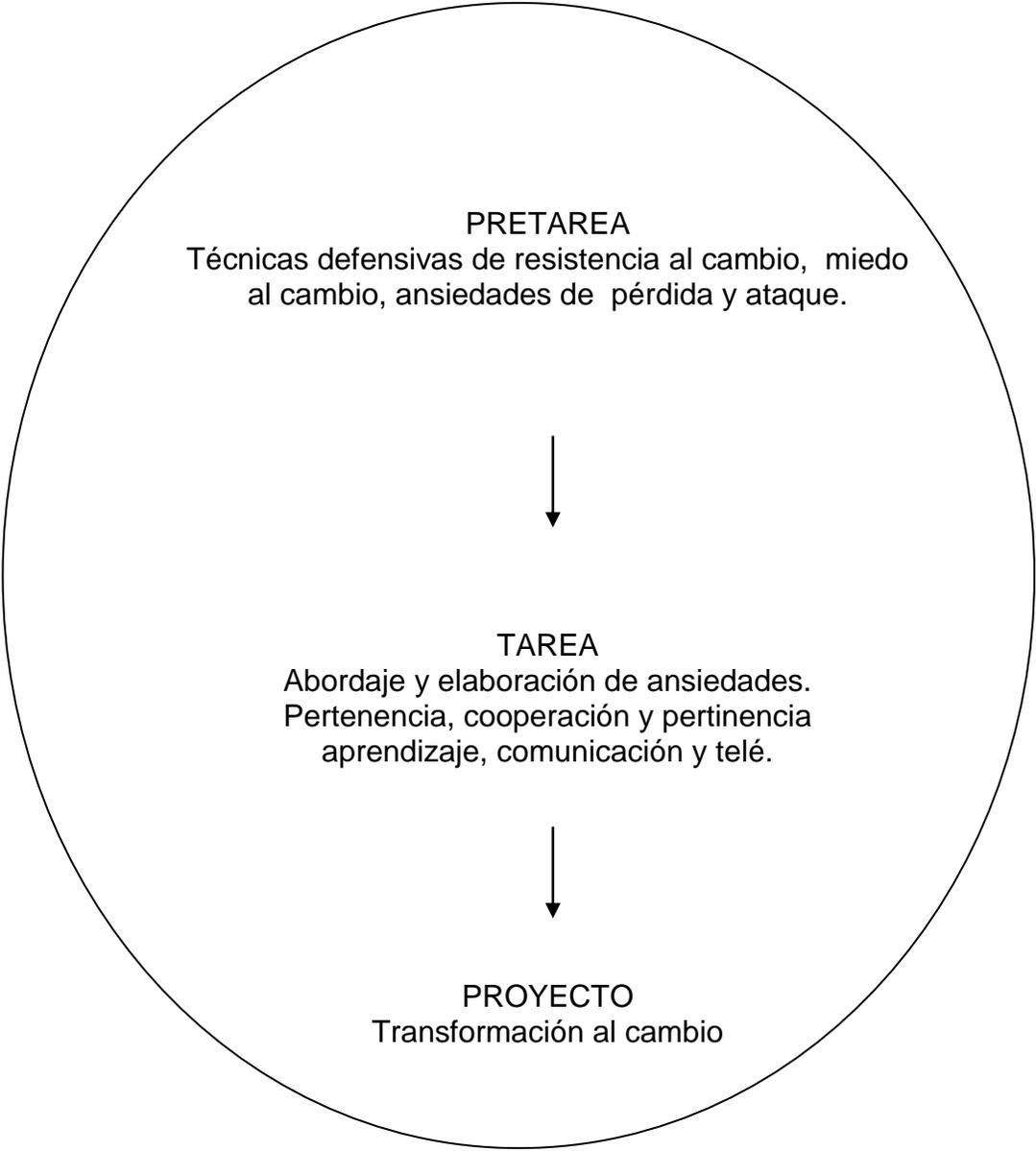


Figura 3. Etapas a desarrollar con el grupo operativo

#### 4.10 Aspectos éticos

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. Prevalció el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes, asegurando la confiabilidad de los resultados (artículo 13). La participación fue voluntaria y previa firma de consentimiento informado del padre o tutor (Anexo 2). Asimismo, se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V; artículo 1).

#### 4.11 Plan de análisis

La asignación a grupo con intervención fue a nivel individual y la unidad de análisis también fue individual. Inicialmente se realizó análisis de equivalencias para analizar sesgo de selección entre estudiantes del turno matutino con intervención y aquellos del mismo turno pero sin intervención. Se establecieron comparaciones de los resultados de la medición basal entre grupos de estudiantes con y sin intervención; dependiendo de la escala de la variable bajo estudio se aplicó prueba de t para poblaciones independientes (variables no categóricas) o  $\chi^2$  (variables categóricas). Se puso especial atención a información sociodemográfica como sexo del participante, persona con quién vivía, si la madre y padre vivían, estado civil de los padres, religión, número y orden de hermano. Además otros factores como si se tenía novio(a) y si conocía personalmente a alguien que fuera VIH positivo, tuviera SIDA u otra enfermedad sexualmente transmitida. No fue necesario estratificar el análisis de

la segunda medición porque los grupos fueron equivalentes al arranque de la intervención con respecto a estas características.

Además de la estadística descriptiva, se planteó el siguiente plan de análisis:

Hipótesis 1. El porcentaje de integrantes del grupo con intervención que se mantiene sin actividad sexual (abstinencia), no es superior a aquél del grupo sin intervención. Prueba de diferencia de proporciones para poblaciones independientes

	Medición 6 meses		Valor de p
	Grupo con intervención	Grupo sin intervención	
Abstinencia	%++	%	

Hipótesis 2. El porcentaje de integrantes del grupo con intervención y actividad o intención de actividad sexual de riesgo al término de la intervención, no es inferior a aquél del inicio de la intervención. Prueba de diferencia de proporciones para poblaciones dependientes

	Medición		Valor de p
	Basal	6 meses post-intervención	
Actividad o intención* de actividad sexual sin protección, bajo el efecto del alcohol o drogas; hombres teniendo sexo con hombres sin protección; con más de 1 pareja, sexo a cambio de dinero o bienes	%	%--	

\* *Intención* aplica a adolescentes *sin* antecedente de actividad sexual, y *actividad* aplica a adolescentes *con* antecedente de la misma

Hipótesis 3. El porcentaje de integrantes del grupo con intervención y actividad o intención de actividad sexual de riesgo al término de la intervención, no es inferior a aquél del grupo sin intervención. Prueba de diferencia de proporciones para poblaciones independientes

	Medición 6 meses		Valor de p
	Grupo con intervención	Grupo sin intervención	
Actividad o intención* de actividad sexual sin protección, bajo el efecto del alcohol o drogas; hombres teniendo sexo con hombres sin protección; con más de 1 pareja, sexo a cambio de dinero o bienes	%--	%	

\* *Intención* aplica a adolescentes *sin* antecedente de actividad sexual, y *actividad* aplica a adolescentes *con* antecedente de la misma

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS.**

5.1 Descripción de la población blanco, alumnos de 2º de secundaria en la escuela donde se desarrolló la intervención

El 51% de la población blanco fue del sexo masculino y 49% del femenino, 86% tenía 13-14 años de edad al momento de la encuesta, y el resto 15-16 años. El 61% dijo ser de religión católica, el 11% cristiana, el 5.3% otras, y el 23.3%, no profesó religión. El 7.4% aceptó haber fumado marihuana el mes pasado, y un 5.1% otras drogas además de marihuana. El 63% de los jóvenes mencionó que residía en el mismo domicilio que sus padres, mientras que el 9% vivía solo con su padre, y el 33%, solo con su madre. El estado civil de los padres con base a la información proporcionada por los encuestados fue: casado el 66%, viudo el 18%, separado el 8%, y otro el 9%.

El 81% dijo haber obtenido información sobre VIH/SIDA y otras ETS de doctores, 77% de la escuela, y 49% de los padres. Un alto porcentaje (91%) había oído hablar del condón y lo conocía, y más del 85% lo consideraba efectivo para proteger contra el VIH y otras ETS. Más del 70% respondió que se le facilitaba hablar de sexo con los amigos, la mamá, el papá, y el doctor. Durante el último mes, 43.4% mencionó haber conversado con sus padres o con otro adulto sobre cómo protegerse contra ETS y 38.5%, sobre maneras de evitar un embarazo. En cuanto a inicio de vida sexual, la mayoría manifestó no

haber tenido relaciones sexuales todavía (Figura 4). El 90% de los jóvenes respondió como razones principales para no haber iniciado su vida sexual, temor a quedar embarazada o embarazar a alguien, y miedo a contraer enfermedades transmitidas sexualmente.

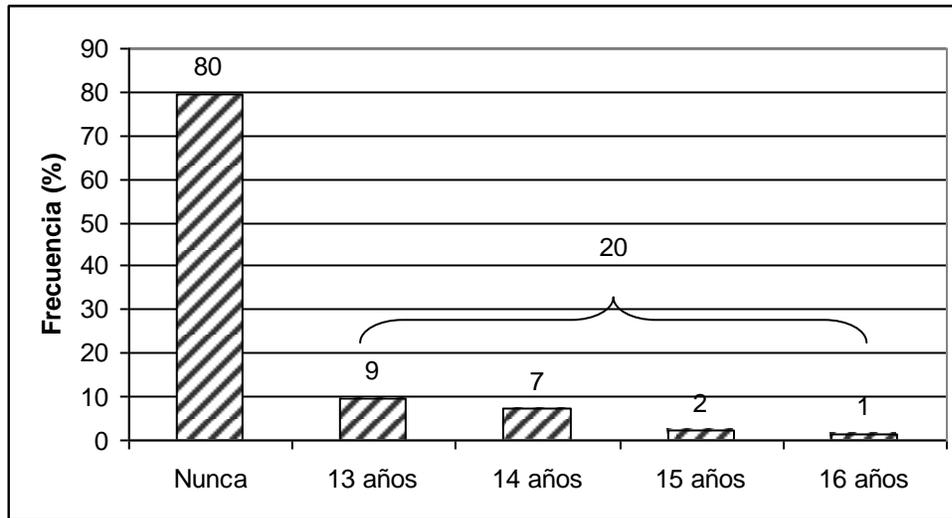


Figura 4. Edad de inicio de relaciones sexuales en estudiantes de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n= 138)

En lo que concierne a intención a prácticas sexuales de riesgo para VIH/SIDA entre jóvenes que todavía no han tenido relaciones sexuales, un buen porcentaje dijo sentirse seguro de no tenerlas el próximo año (76.7%); de no iniciarlas hasta sentirse listo (83.5%); y de evitar tenerlas aunque sintieran mucha atracción hacia una persona (60.2%). Un alto porcentaje no daría o pediría dinero y regalos a cambio de relaciones sexuales (81%). Por otra parte, más de la mitad se siente seguro de evitar tener relaciones porque el novio/a no quisiera usar condón y si anduviera con una pareja en quien confía, sí usaría

condón. También, el 70.3% se siente seguro de poder comprar o conseguir condones, el 63.6% de tenerlos cuando los necesite, y el 72.8% de saber cómo usarlos. Por otra parte, un 66% se sentiría seguro de evitar tener relaciones con alguien de su mismo sexo.

Respecto a prácticas de conductas de riesgo entre jóvenes que ya iniciaron relaciones sexuales, el 17% manifestó haber tenido relaciones sexuales en el último mes. Desde la edad en que empezaron a tener sexo, el 78.6% ya ha tenido más de 2 parejas, y el 21.7% acepta haberlas tenido con personas de su mismo sexo. Además, el 9%, ha dado o pedido dinero/bienes a cambio de algún tipo de relación sexual, y el 52.2% respondió que era común tener sexo sin condón. En cuanto al uso de alcohol y drogas, el 34.8% de los encuestados, declaró haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas.

## 5.2 Análisis de equivalencias entre estudiantes del turno matutino con intervención y aquellos del mismo turno pero sin intervención

Los estudiantes del turno matutino con intervención y aquellos del mismo turno pero sin intervención fueron similares con respecto a edad ( $13.6 \pm 0.6$  vs.  $13.8 \pm 1.2$ ,  $p=0.30$ ), y otras características sociodemográficas tales como sexo, vivir en el mismo domicilio que los padres, estado civil de los padres, religión y tener pareja al momento de la encuesta (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de características sociodemográficas en los estudiantes del turno matutino con y sin intervención, alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México

Variable	Grupo turno matutino con intervención (n= 38) (%)	Grupo turno matutino sin intervención (n= 72) (%)	Valor de p
Sexo masculino	41.7	52.1	0.31
Vive con papá y mamá	68.4	62.5	0.54
Estado civil de los padres, casado	63.2	66.7	0.71
Religión católica	71.1	59.4	0.38
Tiene pareja	48.6	37.1	0.26
Conoce personalmente a alguien que sea VIH positivo o tenga SIDA	11.1	2.9%	0.20

n=110.

5.3 Análisis de equivalencias entre grupo con intervención y grupo sin intervención, antes de iniciar la intervención.

La media de edad de los estudiantes que recibieron la intervención al momento de la medición basal fue de  $13.6 \pm 0.12$  años, en comparación a aquella de estudiantes sin intervención  $14 \pm 0.17$  ( $p=.051$ ). La distribución de frecuencias del resto de variables sociodemográficas también fue similar entre ambos grupos como se observa en la Tabla 3. Para propósito de análisis estadístico, se tomo una n de 26 para los 2 grupos.

Tabla 3. Comparación en la medición basal de características sociodemográficas de estudiantes con y sin intervención, alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México

Variable	Grupo con intervención (n= 26) (%)	Grupo sin intervención (n= 26) (%)	Valor de p
Sexo masculino	48	64	0.25
Vive con papá y mamá	69.2	60.0	0.5
Estado civil de los padres, casado	61.5	65.4	0.8
Religión católica	65.4	52.0	0.6
Tiene pareja	56.0	56.0	1.0
Conoce personalmente a alguien que sea VIH positivo o tenga SIDA	8.3%	4%	0.97

n=52.

5.4 Impacto de la intervención en actividad o intención de actividad sexual, resultados del análisis intergrupo.

#### 5.4.1 Comparación de conductas de riesgo al término de la intervención

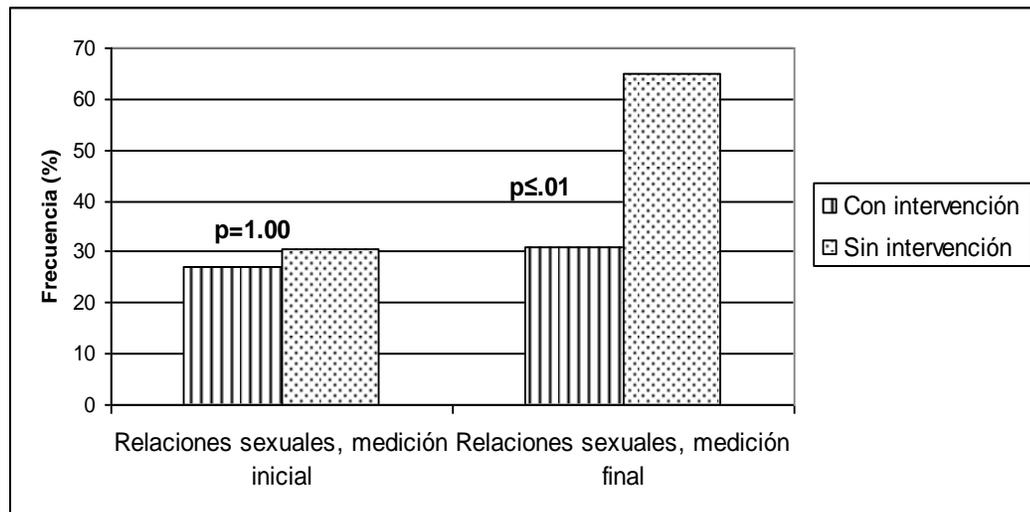
El antecedente de relaciones sexuales fue similar para los grupos con y sin intervención en la medición inicial (7/26= 26.9% vs. 8/26= 30.8%,  $p>0.05$ ). Sin embargo, al finalizar la intervención, el 27% (7/26) de los estudiantes que recibió la intervención manifestó dicho antecedente en comparación al 65% (13/20) de aquellos sin intervención. Es decir, el 73 y el 35% se mantuvieron en abstinencia durante el desarrollo de la

intervención, respectivamente, por lo que se rechaza la  $H_01$  con un valor de  $p \leq 0.01$ . Por otra parte, de cada 100 estudiantes, se evita que 38 tengan relaciones sexuales y se necesita que 3 estudiantes reciban la técnica de grupo operativo, para evitar que uno tenga relaciones sexuales (Figura 5).

El porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales y que reportó actividad sexual de riesgo al término de la intervención fue similar entre los grupos, contrario a lo esperado en la segunda hipótesis planteada en términos de mayor o menor (Tabla 4). La conducta de riesgo *relaciones sexuales sin uso de condón* fue analizada solamente en población masculina y siguió sin mostrar efecto la intervención (1 de 6 estudiantes hombres del grupo con intervención vs. 7 de 11 del grupo sin intervención,  $p > 0.05$ ).

#### 5.4.2 Comparación de intención de conductas de riesgo al término de la intervención

Los estudiantes del grupo con intervención fueron similares en frecuencia de intención a conductas de riesgo a aquellos del grupo sin intervención, es decir, no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, también contrario a lo esperado en la segunda hipótesis planteada en términos de mayor o menor (Tabla 5)



Reducción absoluta de riesgo: 38% (IC95% 16.3, 59.7%); Reducción relativa de riesgo: 23.5%;  
Número Necesario a Tratar: 3

Figura 5. Impacto de la intervención en la frecuencia de relaciones sexuales tempranas. Alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n= 52).

Tabla 4. Impacto de la intervención en conductas de riesgo al término de la intervención, jóvenes con antecedente de relaciones sexuales y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México

Variable	Medición final		Valor de p
	Con intervención (n=8)	Sin intervención (n=13)	
Sin uso de condón	2	7	0.38
Con más de una pareja	6	11	0.39
Hombres teniendo sexo con hombres	1	1	0.68
A cambio de dinero	0	1	1.00
A cambio de bienes	2	1	0.27
Bajo el efecto de alcohol o drogas	1	3	0.60

n=21

Tabla 5. Impacto de la intervención en intención de conductas de riesgo al término de la intervención, jóvenes sin antecedente de relaciones sexuales y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México

Variable	Medición final		Valor de p
	Con intervención (n=19)	Sin intervención (n=7)	
No abstinencia	7 (36.8%)	2 (28.6%)	0.94
1. Tiene posibilidad de tener relaciones sexuales el próximo año			
2. No está seguro de evitar tener relaciones sexuales hasta sentirse listo/a	2 (10.5%)	0	0.94
Actividad sexual sin protección, no está seguro de			
1. Poder evitar relaciones sexuales porque su pareja no quiere usar condón	7 (36.8%)	4 (57.1%)	0.62
2. Saber usar un condón correctamente	17 (89.4%)	6 (85.7%)	0.67
3. Tener un condón cuando lo necesite	15 (78.9%)	5 (71.4%)	0.90
4. Poder comprar o conseguir condones	13 (68.4%)	5 (71.4%)	0.74
5. No usaría condón si confía en la persona	2 (10.5%)	0	0.94
Darían o pedirían dinero a cambio de algún tipo de relación sexual	5 (26.3%)	0	0.34
Darían o pedirían bienes a cambio de algún tipo de relación sexual	3 (15.8%)	0	0.67
No se siente seguro de evitar tener relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo	5 (26.3%)	1 (14.3%)	0.90

n=26

## 5.5 Impacto de la intervención en actividad o intención de actividad sexual, resultados del análisis intragrupo.

### 5.5.1 Comparación de conductas de riesgo antes y después de la intervención.

En el grupo con intervención, se mantuvo la frecuencia de adolescentes que ya había iniciado actividad sexual, no así aquella del grupo sin intervención, en donde incluso se incrementó en forma estadísticamente significativa, por lo que se volvió a rechazar la  $H_0$ , en términos de la conducta de relaciones sexuales tempranas. En el resto de las conductas de riesgo no se registraron cambios en los grupos con o sin intervención, contrario a lo esperado en la tercera hipótesis planteada en términos de mayor o menor (Tabla 6).

### 5.5.2 Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención

No se registraron diferencias estadísticamente significativas entre la medición basal y final con respecto a la intención de conductas de riesgo, ni en el grupo con intervención, ni en el grupo sin intervención, también contrario a lo esperado en la tercera hipótesis planteada en términos de mayor o menor. (Figuras 6 y 7).

Tabla 6. Comparación de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes con antecedente de relaciones sexuales y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México.

Variable	Con intervención			Sin intervención		
	Inicio (n=7)	Final (n=7)	Prueba de Wilcoxon valor de p	Inicio (n=8)	Final (n=13)	Prueba de Wilcoxon valor de p
Ha tenido relaciones sexuales (no abstinencia)	7	7	>0.05	7	13	≤0.01
Relaciones sexuales:						
Sin uso de condón	2	1	>0.05	2	2	>0.05
Con más de una pareja	3	3	>0.05	2	4	>0.05
Hombres tienen sexo con hombres	0	1	>0.05	0	1	>0.05
A cambio de dinero	0	0	>0.05	0	1	>0.05
A cambio de bienes	0	2	>0.05	0	0	>0.05
Bajo el efecto de alcohol o drogas	2	1	>0.05	0	2	>0.05

n=26 en cada grupo

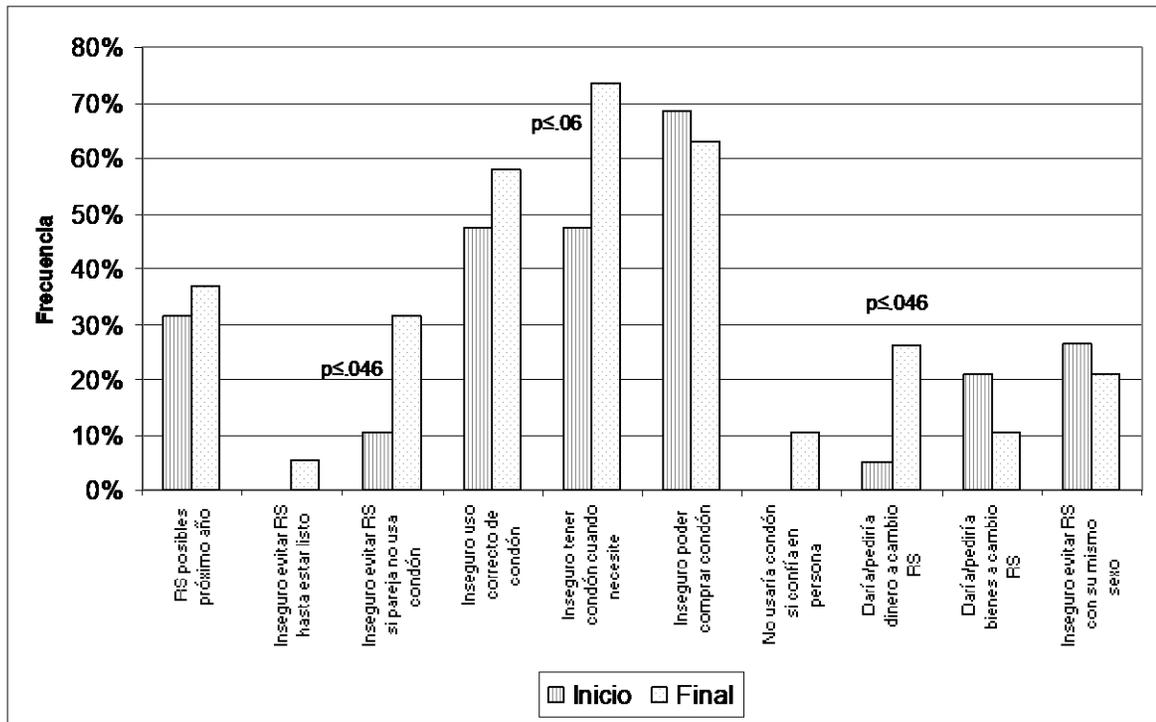


Figura 6. Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes en grupo con intervención y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n= 26 por grupo)

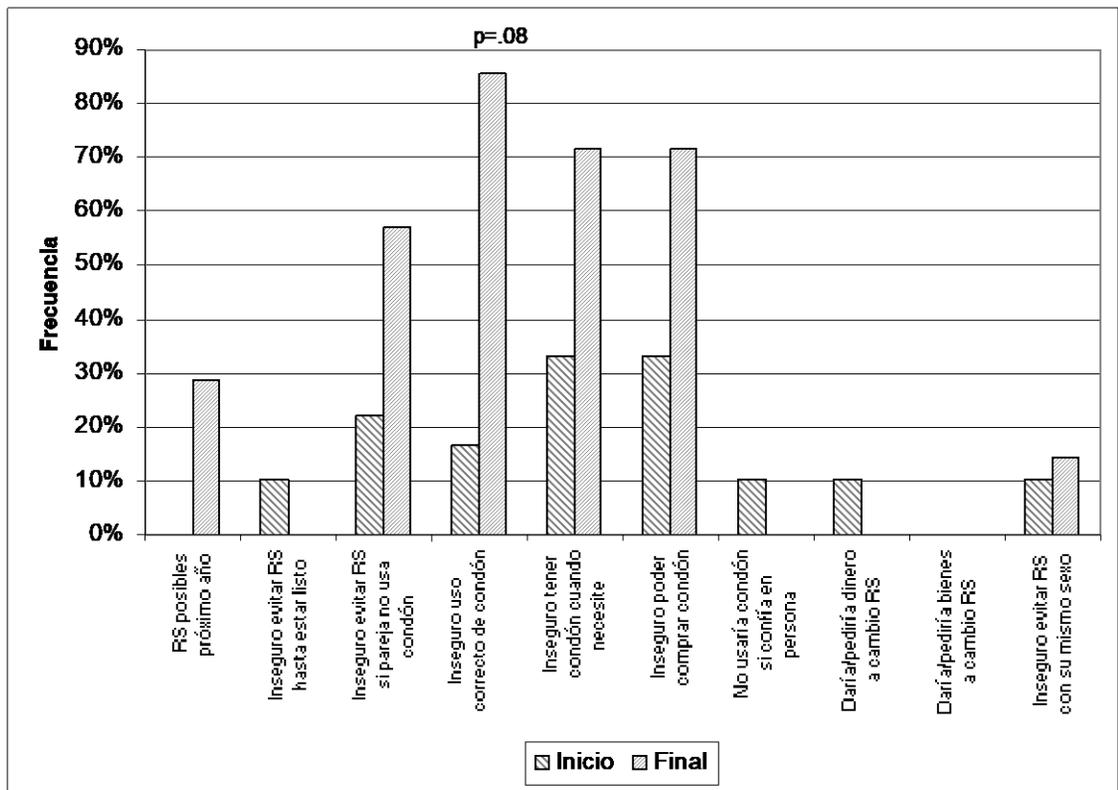


Figura 7. Comparación de intención de conductas de riesgo antes y después de la intervención, jóvenes en grupo sin intervención y alumnos de 2º de secundaria de una escuela pública, Monterrey, México (n=26)

## **CAPÍTULO 6**

### **DISCUSIÓN**

El presente estudio identifica y propone modificar conductas de riesgo desde su surgimiento en edad joven, y los resultados obtenidos son una aportación para la implementación de futuros programas de prevención primaria de la infección de VIH/SIDA en los adolescentes. Esto es indispensable dada la magnitud de la población susceptible, que en su mayoría no tiene seguridad social que garantice accesibilidad a los medicamentos antirretrovirales, en caso de adquirir la infección, además de su alto costo y la alta mortalidad por dicho padecimiento.

Más de la mitad de los estudiantes manifestaron ser de alguna religión, además de vivir con sus padres cuyo estado civil es casado, dichos factores han sido descritos en la literatura como protectores para adquirir VIH y otras ETS<sup>27</sup>. Fue muy importante el dato de la edad de inicio de las relaciones sexuales, 9% a los 13 años y 7% a los 14 años. La Encuesta Nacional de Salud del Adolescente del año 2000 que incluyó 15,241 jóvenes de 12 a 19 años, reporta una edad de 15-16 años para la primera relación. De hecho, se considera que la actividad sexual presenta una tendencia ascendente con la edad; casi sin actividad sexual de 12 a 14 años, 1.3% en hombres y 1.5% en mujeres, hasta 56% para ambos a los 19 años. Además, se menciona que el inicio precoz de relaciones sexuales es más alto en zonas urbanas que rurales, y en muchachos con baja

o nula escolaridad.<sup>28</sup> Hay que considerar que la región noreste, a la cual pertenece Nuevo León, destaca por una mayor actividad sexual de adolescentes solteros, con un 14%<sup>29</sup>. En una encuesta de 962 adolescentes, de 14 a 17 años, tomada de consultantes de centros de salud de Monterrey NL, se encontró que 30% ya habían tenido relaciones sexuales, y la edad de la primera relación fue entre los 14 y 15 años, para el 86% y no usaba condón el 60%.<sup>13</sup> En una cohorte dinámica de la Universidad Autónoma de Morelos, del año 2001 al 2003, de 722 estudiantes sexualmente activos, los hombres iniciaron su vida sexual a los 16 años, y las mujeres a los 18, con bajos niveles de uso de condón, un inicio más tardío respecto al presente estudio.<sup>30</sup> Lo anterior es importante porque la edad de la primera relación sexual es un factor predictivo para el uso de algún método de protección en el futuro,<sup>8</sup> lo cual implica para la población sexualmente activa un factor trascendente de riesgo para adquirir la infección VIH y otras ETS, y también la posibilidad de un embarazo no deseado.

Siete adolescentes de cada 10 que recibieron la intervención se mantuvieron sin relaciones sexuales durante el desarrollo de la misma, en comparación a 4 de cada 10 que no recibió intervención, resultado estadísticamente significativo, por lo que la técnica de grupo operativo resultó exitosa en este rubro. Otro estudio realizado en población mexicana de 17 y 18 años de edad, pero dirigido y efectuado en estudiantes de 4 escuelas de preparatoria en la ciudad de Tijuana, también logró resultados significativos de abstinencia en los grupos expuestos a una sesión-taller de 4 horas y múltiples atractivos, como videos, juegos, y un kiosco con condones, y sobre prevención de SIDA en prácticas

sexuales.<sup>31</sup> Otros programas de salud sexual que promueven la abstinencia al tiempo que proporcionan información acerca de anticoncepción y uso de condón, han logrado reducir la actividad sexual de los jóvenes.<sup>32</sup> En Uganda se atribuye la disminución de prevalencia actual de infección por VIH en jovencitos, al incremento considerable de abstinencia sexual y a una mayor fidelidad, que se presentó de 1994 al 2001, el porcentaje de estudiantes de 13-14 años de edad que nunca habían tenido relaciones sexuales aumentó de 39% a 95% en hombres, y de 66% a 98% en mujeres.<sup>33</sup> En EUA el gobierno proporciona 100 millones de dólares al año para la educación relativa a la abstinencia solamente, pero se requieren estudios muy amplios y rigurosos para concluir que estrategias dirigidas solamente a abstinencia sean eficaces<sup>34</sup> ya que resultados de 12 estudios efectuados en el 2005 y publicados por la Organización Mundial de la Salud demostraron poca efectividad en abstinencia cuando este es el único objetivo.<sup>35</sup>

Una de las conductas en la que el grupo operativo no tuvo efecto fue en el número de parejas sexuales. Los Centros de Control de Enfermedades (Centers for Disease Control) y la Universidad de California campus Los Angeles,<sup>35</sup> mencionan en un resumen de intervenciones recomendadas para VIH, que la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de Acción Razonada son útiles para evitar este factor de riesgo, así como para rechazar una relación no protegida. Se sugiere su difusión en escuelas y para ello han desarrollado manuales de aplicación que pueden ser solicitados por correo para su

implementación por personas con experiencia en conductas y manejo de grupos, una vez hecha la adecuación al contexto social local.

Se sabe que quienes inician su vida sexual muy jóvenes tienen menor probabilidad de usar el condón desde su primera relación, y por lo tanto están en mayor riesgo.<sup>36</sup> En lo que respecta a actividad sexual sin protección, y considerando que la accesibilidad y disponibilidad del condón influye de manera importante para su uso, en apoyo a la intervención se estuvieron distribuyendo condones a los participantes durante y al finalizar la misma, a la vez que se informó que los tendrían gratuitos en los servicios de medicina preventiva de las instituciones de seguridad social y del sector salud. Asimismo, la intervención incluyó la visita de un joven con SIDA ya que estudios efectuados por Macintyre y cols. en el año 2001, han demostrado que conocer a alguien que tiene SIDA o que murió de esta enfermedad, puede incrementar la percepción de las consecuencias de VIH y conducir a prácticas sexuales seguras. Esto tuvo un impacto muy favorable en los grupos, pues a la siguiente sesión de la visita, todos funcionaron como operativos. Sin embargo, la técnica no fue favorable a uso de condón, ya que no hubo diferencia significativa entre los dos grupos respecto a este factor de riesgo.<sup>37</sup> Otras intervenciones como la realizada por el Instituto Mexicano de Investigación para la Familia y Población en 4 secundarias en la ciudad de Toluca (2 con intervención y 2 sin intervención), tampoco logró efecto en uso de condón en los experimentados sexualmente, a pesar de 30 sesiones sobre información y habilidades para prevenir VIH. No obstante, sí se presentó incremento en el nivel de conocimiento de prevención

de VIH/SIDA por abstinencia y habilidad de obtener y usar el condón.<sup>38</sup> Por otra parte, el estudio realizado en Tijuana en preparatorianos sí logró su objetivo de aumentar el uso de condón para los que atendieron el taller que utilizó la Teoría de Autoeficacia y también proporcionaron información sobre VIH y habilidades para la prevención.<sup>31</sup> Caballero y cols. en el año 2006 mencionaron que el bajo uso de condón reportado en la mayoría de los estudios, tiene que ver con la atribución de VIH-SIDA y otras ETS a grupos considerados de alto riesgo para la infección y ubicados en espacios distantes al entorno de vida inmediato de los informantes, como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo comercial, drogadictos y personas con múltiples parejas. Se dice que se presenta un sentimiento de riesgo distante a la infección, así como también influye la relación de cercanía con la pareja sexual por lo que piensan que no es necesario usar protección.<sup>36</sup>

Es importante señalar que en las escuelas de nuestro medio, el currículum de educación sexual se inicia en la secundaria, cuando muchos de los estudiantes ya han comenzado a experimentar la sexualidad. Múltiples estudios en EUA han demostrado que cuando se empieza la educación sexual, antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos, ayuda a los mismos a mantener la abstinencia, y a que se protejan en caso de que se vuelvan sexualmente activos<sup>39</sup>. Es entonces necesario promover el desarrollo de políticas por las autoridades competentes, para que se promueva el conocimiento del condón aunado a una teoría de cambio, antes de que se inicien las relaciones sexuales, porque ya está ampliamente demostrado que aunque se conozcan los métodos

de prevención de VIH/SIDA y otras ETS, esto no influye en la decisión de usar condón --el conocimiento por sí solo no es suficiente para poder cambiar conducta --. Se deben incluir también la utilización de técnicas activas, dramatizaciones, juegos y ejercicios que refuercen la habilidad para socializar, aparte de la educación obligatoria en las escuelas. Se recomienda también atender, promover y reforzar aspectos de habilidades para negociar el uso de condón y aseguramiento de adecuada disponibilidad del mismo. En el caso de los estudiantes con relaciones sexuales se podrían diseñar intervenciones aplicando teorías específicas para uso de condón, como la social de aprendizaje que toma en cuenta la influencia que ejerce el medio social, los valores individuales y las normas de grupo.<sup>40</sup> Se debe fomentar la comunicación de inquietudes y dudas acerca de la sexualidad, de los muchachos con sus maestros y padres de familia. Así también, en quienes se detecten problemas importantes, habría que personalizar el apoyo por medio de entrevistas individuales por personal experto en conducta, por ejemplo, con apoyo de la Facultad de Medicina o Psicología.

Las relaciones sexuales de hombres con hombres sin protección se describen como un factor de riesgo importante para adquirir la infección VIH/SIDA, afortunadamente, en este estudio su frecuencia fue muy baja. En EUA más de la mitad de los casos nuevos de VIH es en hombres que tienen sexo con hombres en el grupo de edad 13 a 24 años, y ocurren por contacto sexual; de éstos el 50% son sin protección. Los factores individuales capaces de impulsar a tener sexo desprotegido son similares que para relaciones heterosexuales,

sentimiento de invulnerabilidad ante el VIH, optimismo por los medicamentos antirretrovirales, percepción de que el sexo sin condón es más placentero, depresión o tristeza, conflicto con su identidad, consumo de alcohol y drogas, y querer compañía e intimidad. También influye el no saberse comunicar o negociar relaciones más seguras, por lo que son más propensos a sexo desprotegido<sup>41</sup>. En cuanto a otros factores de riesgo de importante magnitud como es el uso de alcohol y drogas cuando se tienen relaciones sexuales. Organizaciones internacionales (UNICEF) han estimado que los jóvenes bajo el efecto de estas sustancias tienen 2.5 veces más posibilidades de no usar protección, y cuatro veces más de tener parejas sexuales múltiples. La intervención no tuvo impacto en esta conducta de riesgo. Se podrían tal vez necesitar más sesiones, o utilizar otras teorías como la de terapia conductual cognitiva que ha tenido resultados muy favorables.<sup>42</sup>. O bien, enviar a estos jóvenes a instituciones específicas para tratamiento de adicciones.

#### Limitaciones del estudio

Ningún estudio de investigación está exento de limitaciones y en el presente se reconoce la limitante de la duración del seguimiento que fue de 6 meses, lo cual refleja el efecto de la intervención a mediano plazo. Serían importantes las evaluaciones a mayor plazo con fines de detectar la necesidad de reforzamiento para mantener conductas deseables ya logradas como aquella de ausencia de relaciones sexuales. Por otra parte, el tamaño de muestra estuvo sujeto a la cantidad de alumnos de la escuela sede de la intervención; el estudio se vio especialmente afectado por la cantidad de alumnos disponibles para el grupo

control. El tamaño de la muestra final resulta ser suficiente para detectar diferencias de 40 o más puntos porcentuales entre los grupos con y sin intervención, de ahí el por qué el resultado observado para la variable abstinencia. Por lo tanto, los grupos experimental y control fueron similares con respecto a conductas de riesgo que fueron poco frecuentes, no necesariamente porque la técnica de grupo operativo no tenga un mayor alcance. Se requiere continuar trabajando en esta línea de investigación, con un mayor número de participantes y considerando también la inclusión de escuelas públicas de otros sectores de la ciudad, e incluso escuelas privadas, lo cual permitiría ampliar la generalización de resultados. Además, el abordaje pudiera verse beneficiado con la presencia de más elementos, por ejemplo, grupo operativo además de la Teoría de Aprendizaje Social (del inglés *Social Learning Theory*), o bien, grupo operativo además de la Teoría de Influencias Motivacionales y de Conducta (del inglés *Motivational Influences and Behavior*).

Es evidente la necesidad de realizar intervenciones educativas aplicando una teoría de cambio de conductas, a una edad temprana, antes que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos, y que permita a los adolescentes posteriormente comenzar con prácticas protegidas, que se conviertan en una conducta constante de prevención en la vida futura. Lo que suceda en los años de formación de la adolescencia será decisivo durante el resto de la juventud, y tendrá gran influencia en la salud y desarrollo futuro, en lo personal, económico y social. Como línea futura para otras investigaciones acerca de las conductas sexuales de los adolescentes, sería interesante repetir este estudio en otras

escuelas, o idealmente tomar una muestra representativa, y efectuar un diagnóstico sobre la situación de riesgos de los estudiantes de secundaria en la ciudad. Otra opción sería repetir este estudio en escuelas que tengan factores mencionados como protectores para prevenir la infección VIH, como la religión, efectuar la intervención en una escuela religiosa sería interesante, y comparar con otra no religiosa. También experimentar con la técnica de pares e iguales, aprovechando, que un grupo con el que platican de sexo, es con los amigos, la principal ventaja de ésta, sería su economía. Numerosos estudios han identificado “Factores de protección”, que ayudan a los adolescentes a reducir los comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección y el consumo de drogas, estos incluyen: Las relaciones positivas con los padres, maestros y otros adultos de la comunidad, sentirse valorado, los entornos escolares positivos, el contacto con valores, normas, y expectativas positivas, tener creencias espirituales, y tener esperanzas para el futuro<sup>43</sup>. Por lo tanto, sería muy importante también, la difusión de estos factores y tratar de involucrar a los padres en la prevención, y a los maestros y trabajadoras sociales de las escuelas. Se necesitan especialmente, programas que promuevan el apoyo para jóvenes que tienen relaciones con personas de su mismo sexo, y los incluyan en la planificación e implementación de los mismos. La homofobia, la burla, y la violencia son comunes en las escuelas para estas personas, lo que podrían impedir la implementación de programas y desalentarlos para que utilicen los servicios de prevención. Si no se toman acciones, sobre esto, más jovencitos perderán sus vidas a causa del VIH.

La participación de las universidades, en una forma organizada, tanto en la planeación, organización y desarrollo de los programas sugeridos, así como su aportación con recursos humanos, para la implementación de los mismos, sería especialmente valiosa.

## CAPÍTULO 7

### CONCLUSIONES

1. La mayoría de los estudiantes, en la medición basal presentaron factores ya conocidos como protectores para adquirir el VIH/SIDA tales como religión, residir en el mismo domicilio que los padres cuyo estado civil es casado, así como poseer información sobre VIH/SIDA (conocer el condón y considerarlo efectivo).
2. Un porcentaje alto de estudiantes registró inicio de relaciones sexuales tempranas
3. La visita de un joven con SIDA, favoreció que el grupo funcionara como operativo, es decir, que tuviera afiliación, pertenencia, pertinencia comunicación, aprendizaje y telé.
4. El porcentaje de integrantes del grupo con intervención que se mantuvo sin actividad sexual (abstinencia), fue significativamente superior a aquél del grupo sin intervención (73% y 35%, respectivamente).
5. Al término de la intervención, el porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales y que reporta actividad sexual de riesgo fue similar entre los grupos de estudio y de control; resultados equivalentes se obtuvieron en términos de intención de conductas de riesgo.
6. En el grupo con intervención, no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre la medición basal y final con respecto a conductas de riesgo o predisposición a las mismas

## CAPÍTULO 8

### REFERENCIAS

1. ONUSIDA-OMS. La epidemia de SIDA. Situación en el año 2005. Ginebra, Suiza: ONUSIDA, 2006. Disponible en: [http://www.unaids/who\\_aids\\_epidemic\\_update](http://www.unaids/who_aids_epidemic_update). Consultado el 2006-11-30
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los Adolescentes. Plan de Acción 2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente. OPS: Washington DC, 2001.
3. UNAIDS. UNICEF. Unite for Children. Unite against AIDS. Geneva: UNAIDS. UNICEF, 2005
4. World Health Organization, Department for International Development. HIV prevention with especially vulnerable young people. London: WHO.DFID, 2006 :1-7.
5. López P, Pío, Levy A. SIDA en Pediatría. Cali, Colombia. Centro Editorial de Catorce. 2ª. Edición, 1997: 35-37.
6. Caballero HR, Villaseñor SA. Percepción cultural sobre actitudes y conductas de riesgo para adquirir SIDA en adolescentes de un estrato marginado. Salud Pública de México 1996; 38:276-279.
7. Golub EE, Karakus MC, Latimer WE. Abuso de alcohol y conducta sexual de riesgo en estudiantes de la ciudad de México. ABSTRACT BOOK. MoPeC 3481. XIV International AIDS Conference 2002. Barcelona ESPAÑA. IAA: 130

8. Auvert B, Carel M, Males B. Por qué una temprana edad de la primera relación sexual está asociada con incremento de la infección VIH. Un estudio de 4 ciudades de Africa Subsahariana. ABSTRACT BOOK. MoPec 3468. Barcelona España. XIV Internacional AIDS Conference. 2002. Barcelona. España. International AIDS Association 2002: 127.
9. Kelly RJ, Gray RH, Sewankambo NK. Diferencias de edad en compañeros sexuales y riesgo para adquirir infección VIH en Uganda rural. Abstract Book MoPec 3466. XIV Internacional AIDS Conference 2002. Barcelona España, XI Internacional AIDS Association 2002: 127.
10. Trubnikov MN, Sabchenko TN, Kotov LN. Sexo inseguro y uso de drogas como factores de riesgo para la infección por V.I.H. en estudiantes de Moscú. ABSTRACT BOOK. XIV Internacional AIDS Conference 2002. Abstract MoPec3479. Barcelona España. Asociación Internacional de SIDA. 2002: 130.
11. Fontes A, Ponce M. La estructuración de la sexualidad como factor predisponente en el desarrollo de actitudes de riesgo para la adquisición de VIH. México D.F. Universidad del Valle de México. Disponible en: <http://www.insp.mx/riimsida/1504.html>, consultado el 2005-11-30.
12. Carranza NO. Los jóvenes y el riesgo sexual al VIH-SIDA. Monterrey N.L. CONASIDA. Disponible en: <http://www.insp.mx/riimsida/2129html>. Consultado el 2005-11-30.
13. López RF. Moral DJ. Clase social, autoeficacia, y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Facultad de Psicología. Centro de investigaciones, UANL, 2000: 11.

14. UCSF. Center for AIDS Prevention Studies ¿Qué papel juega la teoría en la prevención del VIH? Disponible en: <http://www.caps.uscf.Edu/español/hojas/teoriarev.php>. Consultado el 5 de marzo, 2007.
15. UCSF. Center for AIDS Prevention Studies. The Healthy Oakland Teens Project. Disponible en: <http://caps.ucsf.edu/capsweb/hotindexhtml>. Consultado el 2005-11-30.
16. Stanton BF, Li X. Un estudio con efectividad aleatorizado y controlado de prevención de SIDA. Archives of Pediatric Medicine 1996; 150: 363-372.
17. Kirby D, Barth R, Leland N. Reducing the risk: A new curriculum to prevent sexual risk –taking. Family Planning Perspectives 1991;23:255-63.
18. Kashaga FK, Leticia BF. El rol de estudiantes de instituciones de enseñanza superior en la lucha contra el SIDA. Abstract MoPEc 3469 XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA. Barcelona España. 2002; 128.
19. Chehaybar K. Elementos para una fundamentación teórico práctica del proceso de aprendizaje grupal. Perfiles Educativos No.63. Enero-Marzo,1994.
20. Folidori H. Grupo operativo y salud mental. Revista Mexicana de Orientación Educativa 2003; 1:21-26.
21. Vásquez ED. Método de enseñanza en grupos de aprendizaje (con interacción y asunción de roles).Travesía, 1994: 34.
22. Muñoz F, Valcarce M. Enseñanza y aprendizaje en grupos operativos. Clínica y Análisis Grupal, 1994; 16:173.
23. Castellanos NA. Aprendizaje grupal: Reflexiones en torno a una experiencia. Revista Cubana de Educación Superior 1997; 17:91-104.

24. Pichón-Riviére E. El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social. Argentina: Nueva Visión, 2003: 209-213.
25. González G, Rojas Martínez R, Hernández-Serrato M, Olaiz G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública de México 2005; 47:209-218.
26. Ajzen, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. Action-control: from cognition to behavior. En J. Kuhl and J. Beckmann (Eds.), Heilderberg: Springer, 1985: 11-39.
27. Pérez A, Galano E, Borges E, Hudes N, Heast N,. Sao Paulo Brazil University, California University, San Francisco. Parents as a protective factor for low income of VIH risks of adolescents in BRAZIL. XVI International AIDS CONFERENCE. Toronto Canadá. Abstract Book, 2006; 2:169.
28. Valdespino JL, Plais G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velásquez O, et al. Encuesta Nacional de salud 2000. Vivienda, población, y utilización de servicios de salud. Cuernavaca Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
29. Durkin H. Hacia una base común para la dinámica de grupos. Procesos terapéuticos y de grupo en la terapia de grupo. International Journal of Group Psychotherapy 1990;7:115-121.
30. Sánchez-Alemán M, Conde-González C, Gayet S, García CF, Uribe S. Sexual behavior and herpes simple virus 2 infection in college students. Archives of Medical Research 2005; 36:574-580.

31. Martínez-Donate AP, Hovell MF, Zellener J, Sipan C, Blumberg E, Carrizosa C. Evaluation of two schools-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana México. *The Journal of Sex Research* 2004; 41: 267-278.
32. Grunset A, Kippax S, Aggleton P. Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *J Adol Res* 1997;12:421-53.
33. K.O'Reilly, A. Medley, J. Dennison, M. Swueat.Thax 0301. Systematic review of the impact of abstinence- only programmes on risk behavior in developing countries (1990-2005). XVI International AIDS Conference. Toronto, Canadá. Abstract book 2006; 2: 273.
34. Dallard C. Abstinence promotion and teen family planning: The misguided drive for equal funding. *Guttmacher Rep* 2002; 5:1-3
35. CDC/UCLA. Summary of recommended HIV Interventions for youths. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/hivconpendium/hivconpendium.htm>. Consultado el 26 de marzo del 2007.
36. Caballero HR. Conde GC, Villaseñor SA. ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México. Caballero HR, Conde GC, Villaseñor SA, editores. Guadalajara Jal. Editorial Pandora, primera edición.2006:72.
37. Macintyre K, Brown L, Sosler S. It's not what you know, but who you knew: Examining the relationship between behavior change and AIDS mortality in Africa. *AIDS Education Preview* 2001;13:160.
38. Pick S, Givaudan M, McCauley AP, Greene J. Programming for HIV prevention in Mexican Schools. *Population Council* 2003:1-4.

39. Kirby D, Short L, Collins J. School based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. Public Health Reports 1999;109:339-360.
40. Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW, Alleyne E, O'Bannon RE, Shirley A. Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. CDC-NCHSTP-DHAP: Compendium of HIV Prevention Interventions. Disponible en: <http://.cdc.gov/hiv/HIVcompendium/section1-25.htm>. Consultado el 26 de marzo del 2007.
41. CAPS. Center for AIDS Prevention Studies ¿Que necesitan los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres para la prevención del VIH? Disponible en: <http://www.caps.ucsf.edu/español/hojas/HJSH.php>. Consultado el 17 diciembre del 2006.
42. CAPS. Center for AIDS Prevention Studies ¿Cuál es el impacto de las drogas de club en la prevención del VIH? Disponible en: <http://www.caps.ucsf.edu/español/hojas/drogasclub.php>. Consultado el 28 de febrero del 2007.
43. UNICEF. Encuestas a base de indicadores múltiples. Medidas DHS. UNICEF: Ginebra Suiza, 2001.

ANEXO A

CUESTIONARIO

## ANEXO B

### SESIONES GRUPO OPERATIVO

## **OBSERVACIONES GENERALES**

Se observaron dos niveles de actividad mental grupal. Un nivel se refiere a la capacidad de los grupos para trabajar sobre la tarea, lo cual es obviamente la más difícil de lograr ya que constantemente operan fuerzas que obstruyen el logro de la misma. A ello se le denomina grupo de supuesto básico y es causa de conductas erráticas, imprevisibles y poco productivas en los grupos, aspectos que se observaron frecuentemente en las sesiones. En las fases iniciales predominó el supuesto básico de dependencia, ya que los adolescentes esperaban que se les respondiera a sus necesidades y preguntas. Cabe mencionar que aunque no se fomentaba ese proceso, fue un aspecto importante para que los adolescentes sintieran confianza en que sus dudas serían contestadas adecuadamente. El supuesto básico de lucha y fuga, predominó en las siguientes sesiones cuando algunos adolescentes tenían dificultades para trabajar, se distraían o hacían comentarios fuera del tema; estos chicos fueron los “líderes del supuesto básico” o los “saboteadores”.

Durante las primeras sesiones, el proceso grupal estuvo matizado de emociones y especialmente fantasías acerca del tema, de ahí la dificultad para entrar a la tarea, por ejemplo, algunas chicas pensaban que con los besos se contagiaba el SIDA, los chicos temían verse poco masculinos si se mostraban interesados y reflexivos como las chicas si no reafirmaban sus necesidades sexuales al mostrarse muy conquistadores. Todo esto, además de la fantasía de que los considerarían mal si expresaban sus dudas, fomentaba comentarios

burlones hacia adolescentes que con frecuencia expresaban sus dudas. En las sesiones posteriores a la visita de un paciente con SIDA (muchacho joven, profesionalista, de aspecto saludable) fue posible observar claros indicadores de estar en un “grupo de tarea”, ya que con pocas intervenciones del equipo de coordinadores, los adolescentes expusieron sus dudas, emociones e inquietudes y trabajaron durante el tiempo destinado sin interrupciones, ni distracciones de ninguno. Aquí es importante señalar que este nivel de actividad mental, claramente conectado a la tarea, es racional y lógico y se estaba trabajando en la llamada “tarea interna” que se refiere a los procesos internos de reacomodo de ideas y percepciones de los adolescentes. Hacia las fases finales y especialmente en el cierre, los adolescentes no se mostraron cohibidos al expresar sus dudas, al contrario mostraron desacuerdo con las conductas distractoras de algunos de ellos y así lo señalaron, además mostraron agradecimiento hacia los coordinadores. Se pudo observar cómo claramente habían tomado una postura definida hacia la prevención del VIH/SIDA (ya fuese abstinencia o uso del condón), lo cual fue un elemento cognitivo que guiará su conducta posterior al iniciar vida sexual.

A continuación se esquematizan los principales temas que se discutieron así como las intervenciones tanto de los coordinadores como de los participantes.

SESIONES 1-3. Presentación del equipo y objetivos de la intervención (fase de ansiedad y dependencia). Exploración general acerca de la información que se tiene del SIDA, qué tan importante consideraban la enfermedad y el “sexo seguro”, así como fantasías y mitos generales sobre el uso del condón y

sexualidad en general. Se les observó cohibidos, sin embargo, poco a poco se desinhibieron. Algunos participantes tenían más información de lo que pensaban los coordinadores. Un aspecto relevante sobre la dinámica de los tres grupos fue que desde esta primera sesión y prácticamente hasta el final se obtenían conclusiones similares sobre el tema tratado. La participación del coordinador fue encaminada a que los participantes se sintieran libres y en un clima de aceptación para expresar sus opiniones. Durante esta etapa inicial, en los grupos se manifestó también ansiedad, como en cualquier encuentro de tipo social, manifestada por la poca participación de los muchachos, y de los que sí participaban, hicieron preguntas acerca del propósito de las reuniones y qué se esperaba de ellos. Cada miembro del grupo procuró mantenerse a cierta distancia de los demás, y con renuencia general a hablar y comprometerse. Se produjeron también reacciones de recelo, y se les informó que así como la encuesta de medición basal sobre conductas sexuales de riesgo fue anónima, también lo que se hablara en el grupo sería confidencial en la escuela. Cada muchacho luchó por descubrir alguna postura que facilitara su interacción con los demás y probaron una serie de modos de interacción, la manera de sentarse, la de intervenir en la conversación, fueron medidas de la posición ocupada por una escala de dominación por cada individuo en el grupo.

SESIONES 4-6. Sexualidad (información general y sus fuentes). Al tener más confianza, se empezaron a observar resistencias grupales, en la voz de algunos chicos conflictivos que se distraían fácilmente e incitaban a los demás a la poca participación. Los subgrupos de varones se observan menos reflexivos, como una cualidad de género a esa edad, y al manifestarse más reflexivas y concientes las chicas, se observó como una característica poco deseada para los varones. El coordinador fomentó la participación de los alumnos además de estimular a que el grupo fuera quien señalara las resistencias de los participantes saboteadores, logrando con ello mayor impacto en los adolescentes. También se interpretó a los platicadores como mecanismo de defensa para no tratar sus problemas emocionales en cuanto a conducta sexual que era el tema a tratar.

SESIONES 7-10. Sexualidad y SIDA. Uso de Condón. En La sesión 7 se dedicó a explorar fantasías acerca del uso de condón y maneras de contraer el VIH. Se observó que algunos tenían conceptos erróneos e información incorrecta y fueron los portavoces de las dudas grupales. Los integrantes con resistencia continuaron su labor como saboteadores y era difícil controlarlos. La maniobra más utilizada fue la ubicación de los mismos cerca del coordinador así como el énfasis positivo de sus intervenciones. Poco a poco estos chicos se fueron mostrando más reflexivos y su participación fue más acertada. La sesión 8 consistió de un debate para lo cual se asignaron al azar, participantes a bandos, uno a favor del uso de condón y otro no. Se les dificultó ponerse de acuerdo (dependencia) y seguir las indicaciones de participación del

moderador. Sin embargo, fue posible tener ganadores en los debates, en dos de los grupos hubo argumentos a favor del sexo seguro y uso del condón, excepto en un grupo que no fue suficientemente explícito. Se destaca que esto sucede en el grupo con un mayor número de miembros resistenciales.

En la sesión 9 se llevó a cabo una dramatización con la pregunta 17 de la encuesta: *Imagínate que tú y tu novio todavía no han tenido relaciones sexuales porque tú todavía no estás listo(a). ¿Te sentirías seguro de evitar tenerlas hasta que te sientas listo(a)?*. Empezaron a verse elementos de grupo de trabajo; los chicos problema fueron focalizados por los demás como sabotadores. El tema de las decisiones personales que debían tomarse como relevantes para contraer o no el VIH se hizo patente (uso del condón vs. abstinencia). Durante la sesión 10 hubo la visita de un paciente con SIDA (colectiva). Los chicos se mostraron sumamente impresionados y atentos con la visita, un muchacho joven, profesionalista, de aspecto saludable. Hicieron en general preguntas respetuosas y hubo catarsis grupal posterior a la visita. Se les observó conmovidos por la situación del paciente que los visitó, su segregación familiar, y por el hecho que solamente dos relaciones sexuales sin protección bastaron para que se contagiara. Les inquietó también el hecho de que “no se le notara” ningún síntoma, ni indicio de que era portador del VIH. Claramente se encontraban en grupo de trabajo, ninguno de los dos chicos problema se mantuvieron sabotando, hubo capacidad reflexiva a la alza.

### SESIONES 11-13.

En la sesión 11 hubo dramatización (acerca de un paciente con SIDA). Magníficamente mostraron lo que la semana anterior habían vivido con la visita de un paciente con VIH. El foco en la sesión fue la utilidad del condón, explorando y aclarando fantasías acerca de su uso, el mayor temor de los muchachos fue que se rompiera, lo cual se les aclaró. La sesión 12 fue de sobre alcohol y SIDA. Información general de los efectos físicos y psicológicos del alcohol, así como sus implicaciones en la pérdida de la capacidad de decisión. Dramatización sobre el tema. También se trató el tema de las adicciones a otras sustancias como relevante para adquirir la infección del VIH. En la sesión 13 de papeletas se les pidió que escribieran la situación más difícil por la que habían pasado. Posteriormente se realizó una mezcla de algunos de los temas más relevantes, y finalmente se dramatizó la escena de un chico que posterior a una discusión con los padres sale sin permiso de su casa y junto a unos amigos hace destrozos, lo cual tenía como consecuencia que se los llevaran a la delegación de policía. Aunque era un tema poco relacionado con la tarea, se decidió incluirlo ya que indirectamente se estaba trabajando sobre la impulsividad (relacionada a sexo sin protección) vs. capacidad reflexiva (asociada con sexo seguro) que era uno de los objetivos de la intervención

### SESIONES 14-17.

En la sesión 14 hubo una Dramatización (acerca de una pareja de novios que se acaba de enterar que la chica está embarazada). Volvieron las resistencias

grupales, sin embargo, fueron señaladas y resueltas por el grupo. Las conclusiones del grupo se relacionaron con las consecuencias e implicaciones de un embarazo en edad adolescente. En la sesión 15 hubo la visita de personal de la Clínica de Prevención (colectiva, los 3 grupos.). Uso de Condón. Un Licenciado en Enfermería proporcionó información acerca del uso de condón masculino y femenino, así como la manera correcta de usarlos. Se aclararon dudas acerca de su uso, y se distribuyeron condones. Las dudas más frecuentes fueron cuántas veces se podía usar, si se rompía fácilmente, y si se sentía lo mismo que sin condón. En la sesión 16 se tuvo la visita de una ginecóloga. (Colectiva). Métodos anticonceptivos, usos y contraindicaciones. Información general sobre planificación familiar. Surgieron dudas que no se aclararon con la especialista, y se resolvieron posteriormente. En la sesión 17 se presentaron las conclusiones generales. Los chicos expusieron su opinión acerca de la utilidad de las sesiones grupales como manera de decidirse hacia cualquiera de las opciones de conductas sin riesgo (condón, abstinencia). La mayoría de las mujeres optaron por la abstinencia y la mayoría de los varones por el uso de condón, aunque hubo excepciones en cada subgrupo. Señalaron como relevante que el espacio que se les proporcionó no estaba disponible en otros lugares incluso ni en casa ni lo habían explorado de una manera tan clara.

SESIONES 18-19. Aplicación de la encuesta de medición final sobre conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA.

SESIÓN 20. Cierre de actividades con todos los Grupos y convivio final. Rifa de artículos deportivos.

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

- Egresada de la Facultad de Medicina UANL, 1968.
- Maestría en Salud Pública. Escuela de Salud Pública UANL,1975.
- Tesis publicada por la revista Salud Fronteriza, de la OPS/OMS,1990.
- Maestra de la Facultad de Medicina UANL, 1972-86.
- Maestra de la Escuela de Medicina Ignacio A Santos. ITESM,1980-82
- Maestra de la Residencia de Medicina Familiar IMSS, 1982-84.
- Jefe Delegacional de Medicina Preventiva ISSSTE, 1982-84.
- Jefe del Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Regional Monterrey ISSSTE, 1985 a la fecha.
- Nombramiento como “Experta en VIH/SIDA” y miembro del Grupo de Expertos a Nivel Nacional, desde el año 2002.
- Coautora de las Guías Institucionales para el Manejo del Paciente con VIH/SIDA, Ediciones 2003, 2004 y 2005.
- Ponente de reuniones internacionales y mundiales sobre VIH/SIDA.
- Artículos publicados en las revistas de Salud Fronteriza, por la AFMES (Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud), dependiente de la OPS/OMS, por los Institutos

Nacionales de Salud de E.U.A y revistas de la Asociación de Medicina Interna de México.