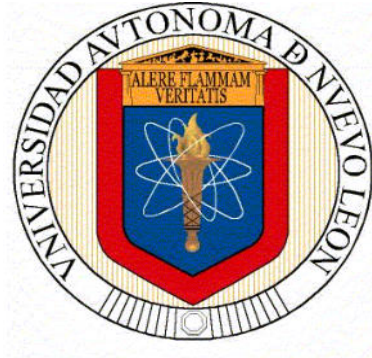


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“EVALUACIÓN Y REDISEÑO DE UN PROGRAMA EN INTERNET DE  
PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA VIH/SIDA”**

**PRESENTA:**

**ARLEN HERNÁNDEZ GRIJALVA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS  
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, ABRIL DE 2021**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**



**EVALUACIÓN Y REDISEÑO DE UN PROGRAMA EN INTERNET DE  
PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA VIH/SIDA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**ARLEN HERNÁNDEZ GRIJALVA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. FUENSANTA LÓPEZ ROSALES**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, ABRIL DE 2021**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**

La presente tesis titulada **“EVALUACIÓN Y REDISEÑO DE UN PROGRAMA EN INTERNET DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA VIH/SIDA”** presentada por Arlen Hernández Grijalva ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
Directora de tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor de tesis

---

M.C. Cecilia Lourdes Díaz Rodríguez  
Revisora de tesis

Monterrey, N. L., México, Abril de 2021

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León, especialmente a la Facultad de Psicología, por permitirme continuar con mi formación académica, disfrutando día a día tanto aprendizaje que me han brindado con el Programa de Maestría en Ciencias, con orientación en Psicología de la Salud. Así como al coordinador de la maestría, al maestro Enrique García García y a todas y todos los maestros que tan generosamente me brindaron sus conocimientos y entusiasmo en todas las materias cursadas.

Expreso también mi agradecimiento al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, particularmente a la Unidad de Investigación en Enfermería por permitirme desarrollar en sus instalaciones el programa de mi tesis, reconociendo a su titular, la Dra. Raquel Benavides Torres, su apoyo y generosidad, así como a todas las doctoras que forman parte de esta Unidad y de quienes tanto he aprendido.

Mi gran agradecimiento a mi Directora de Tesis, la Dra. Fuensanta López Rosales, quien siempre ha confiado y creído en mí. Mil gracias por todo su apoyo y entrega durante todo este proceso, mi eterna admiración.

Agradezco enormemente a mis revisores de tesis, Dr. José Moral de la Rubia y M.C. Cecilia Lourdes Díaz Rodríguez, por sus disposición y dedicación en leer y hacer las observaciones pertinentes a mi tesis, gracias por compartirme su saber.

Agradecida siempre con mi mamá, Dina Grijalva Monteverde, quien siempre me ha brindado su apoyo incondicional y quien, con su ejemplo, me reta siempre a seguir avanzando en mis sueños de formación académica y profesional.

A mi papá, Ricardo Hernández Echávarri, gracias por todo su apoyo en mi vida y formación, y quien me ha enseñado a disfrutar el proceso del aprendizaje y saber que éste nunca se acaba, que no solo los resultados son importantes, sino

que también podemos disfrutar el camino.

Agradeciendo siempre a mi esposo y compañero de vida, Javier Félix Cebreros, por su apoyo incondicional en este proceso. Así como a mi hija Eilen y a mi hijo Elián, quienes son mi mayor motor y motivación para seguir persiguiendo mis sueños.

## RESUMEN

Las relaciones sexuales sin protección constituyen el principal modo de transmisión del VIH en toda la región de América Latina y el Caribe. Los jóvenes tienen alto riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), debido principalmente a sus conductas, siendo vulnerables si no usan protección consistente y correctamente. Intervenciones basadas en resiliencia han mostrado su efectividad, ya que promueven el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, las experiencias estresantes y el evitar trayectorias negativas asociadas al riesgo. El propósito del presente estudio fue evaluar y rediseñar una intervención en internet, basada en un modelo de resiliencia, a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH y sida en adolescentes, determinando los componentes claves de la intervención sobre sexualidad responsable, desde el análisis de sus actores, para aumentar su accesibilidad y usabilidad, a fin de visualizar escenarios futuros. Es un estudio de tipo cualitativo, con la técnica del grupo focal. Se formaron Grupos Focales con 40 participantes: 3 grupos de 10 estudiantes cada uno y un grupo con 10 profesores, utilizando como instrumento una encuesta semiestructurada de unidades de análisis, que permite obtener la información necesaria para poder realizar el rediseño de la intervención en línea, con datos aportados por los principales actores en las unidades de análisis de la intervención.

Palabras claves:

Internet, resiliencia sexual, adolescentes, rediseño.

# ÍNDICE

Agradecimientos	iii
Resumen	v
CAPÍTULO I	8
INTRODUCCIÓN	8
Definición del Problema	8
Justificación de la Investigación	13
Objetivo General:	14
Objetivos específicos:	15
Preguntas de investigación	15
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
VIH/SIDA	16
Explicación a nivel biológico, psicológico y social	17
Explicación a nivel biológico	17
Explicación a nivel social	21
Factores de Riesgo y Protección	22
Programas de Intervención en prevención de VIH	24
Programas de Intervención en Internet	24
Programa <i>Conéctate</i>	28
Modelo de Resiliencia en Adolescentes	29
Grupo Focal	30
CAPÍTULO III	32
MÉTODO	32
Participantes	33
Instrumentos	37
CAPÍTULO IV	38
RESULTADOS	38
CAPÍTULO V	70
DISCUSIÓN	70

CAPÍTULO VI	73
CONCLUSIONES	73
ANEXOS	77
Anexo 1	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98



# CAPÍTULO I

## *INTRODUCCIÓN*

### **Definición del Problema**

Como señalan García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) la sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada momento evolutivo presenta características diferenciales. Esto es particularmente notorio en la adolescencia. En la evolución sexual del adolescente van a entrar en juego factores como el propio desarrollo pubertal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales a situarse en el mundo como chico o chica y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual.

Los adolescentes son un grupo vulnerable ante el riesgo de contraer VIH, o alguna infección de transmisión sexual, por lo que es importante intervenir en la prevención de estas. En México, al igual que otras partes del mundo, los adolescentes son un grupo de alto riesgo de infecciones de transmisión sexual y, en el caso de las mujeres, de embarazos no deseados (Villarruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010). Por ejemplo, los datos nacionales muestran que la tendencia histórica de la epidemia presenta una disminución en la proporción de casos de sida en los grupos de edad más afectados (25-44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de sida en jóvenes, donde la epidemia en este país es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de sida, según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2009).

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), a finales de 2016 había en el mundo unos 36.7 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 1.8 millones de personas, y unos 1.0 millones murieron por causas relacionadas con el sida.

A nivel mundial aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 15 y 24 años. En México en 2018 sumaban 202 mil personas infectadas y el grupo más afectado es el de los jóvenes en la misma proporción que a nivel mundial (CENSIDA, 2018).

Las relaciones sexuales sin protección constituyen el principal modo de transmisión del VIH en toda la región de América Latina y el Caribe, con una repercusión desproporcionada en las poblaciones más vulnerables, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017).

Aunque la incidencia del VIH/SIDA en adolescentes aún es reducida, este grupo es considerado como blanco prioritario de las intervenciones de prevención (fundamentalmente educativas); algunos estudios indican que la incidencia de VIH está aumentando entre los más jóvenes, como nos indican Barros et al. (2001) donde jóvenes entre 15 y 24 años de edad “representan un tercio del número total de personas con nuevas infecciones por el VIH (OPS, 2017).

Como nos mencionan Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) existen pocos estudios en México sobre el comportamiento sexual de adolescentes que consideren en particular la protección de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Velázquez (2005) señala que los jóvenes tienen alto riesgo para las ITS, debido principalmente a sus conductas y hábitos sexuales. Ellos son vulnerables si no usan en forma condones de forma constante y en forma adecuada y consistente. La mayoría de las y los jóvenes tiene poco conocimiento de las ITS y sus síntomas y muchos no reciben tratamiento oportuno.

La salud sexual y reproductiva de los jóvenes figura en la actualidad como uno de los asuntos de mayor relevancia tanto en el ámbito académico como político. La preocupación central de varios gobiernos se ha concentrado en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual, del virus de inmunodeficiencia

adquirida y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH y sida), y del embarazo adolescente. En los últimos diez años un conjunto de investigaciones, acciones y políticas ha servido para mejorar la condición de salud de los jóvenes. Sin embargo, la visión de salud pública que ha guiado todos estos esfuerzos de prevención ha tenido como limitante la forma de conceptualizar la sexualidad, tal y como lo mencionan Juárez y Gayet (2005).

Algunos estudios ponen de relieve una deficiente instrucción de los adolescentes sobre VIH y el sida (Rodríguez, 2012) y, aunque se reconocen avances en el aspecto de la prevención, a nivel mundial, sólo un 34% de los jóvenes tiene conocimiento cabal del VIH (Barrantes-Brais, *et. al.*, 2015). Otros autores señalan un desfase entre el conocimiento de los riesgos del VIH y el comportamiento sexual persistente en prácticas de riesgo (Flores, Ríos & Vargas, 2015). A esto habría que agregar factores como “el conocimiento incompleto o de fuentes no confiables” (Chacón *et. al.*, 2009), así como aspectos socio-culturales, tales como los roles de género y niveles educativos (Alvarado, 2015).

Como señalan Piña y Robles (2005), en México la práctica de la investigación sobre el problema del VIH y el sida, especialmente la que se realiza con el propósito de derivar programas y acciones estratégicas, se ha justificado, en el plano institucional, entendiéndose el sector salud, en una orientación eminentemente epidemiológica y social.

En nuestra sociedad hay una ambivalencia en torno a la educación sexual, ya que existe un gran interés por difundirla desde los niveles educativos básicos, pero persiste cierta resistencia para abordarlo con rigor científico, hablando clara y directamente del tema. Esto es resultado, en gran parte, del desconocimiento sobre los beneficios de la educación sexual (Moran & Quintero, 2012), de entornos culturales tradicionales y atavismos que aún prevalecen en la manera en que se aborda el tópico, y aún en su inclusión en los diferentes niveles educativos (Alvarado, 2015).

En México, los estudios sobre epidemiología de las ITS, en especial en jóvenes, son escasos (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández & Villalobos, 2013), por lo que se deben fortalecer los programas sociales dirigidos a promover el sano

desarrollo de los niños y jóvenes. Es de destacar que las ITS están entre las primeras diez causas de mortalidad en México, con 220 000 casos anuales (Domínguez & Díaz, 2017). Y, junto al VIH, que es la infección más extendida, hay prevalencia de otras infecciones tradicionales, tales como la sífilis (1,9 por cada 100 000 habitantes), blenorragia (1.0%), linfagranuloma (0.2%), herpes simple tipo 2 (1.4%), el virus de papiloma humano y otras infecciones de transmisión sexual. Las conductas de riesgo, tales como una sexualidad temprana, la actividad sexual indiscriminada, la ausencia o uso inadecuado del condón o una insuficiente información hacen que las ITS constituyan un verdadero problema de salud en una población joven, con activa vida sexual, según apunta García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia (2006).

Otro aspecto relacionado es el embarazo de adolescentes, rubro en el cual, según la OCDE, México ocupa el primer lugar, debido a que de los dos millones de nacimientos anuales, la quinta parte -unos 400 000- son gestados por mujeres menores de 19 años, y de ellas 10 000 son madres menores de 14 años (Romero, L., 2016). Los datos duros son relevantes: 1 de cada 5 nacimientos son de mujeres menores de 19 años. 17 nacimientos diarios se dan en el grupo cuyas edades fluctúan de los 10-14 años. 1 de cada cuatro adolescentes mexicanos tiene vida sexual. 33.4 % de las mujeres adolescentes tuvieron su inicio sexual sin protección anticonceptiva. El 80 % abandona sus estudios y el 33% son madres solteras. La problemática del embarazo es multifactorial y requiere de una atención especializada y estrategias preventivas, diseñadas de manera interdisciplinaria e intersectorial” (Blázquez, 2012).

En los últimos años se han utilizado diversas aproximaciones para facilitar la adquisición de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y se ha identificado que, para poder reducir las conductas sexuales de riesgo, es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad, así como formar a los adolescentes en habilidades que les permitan resistir las presiones que los llevan a ser sexualmente activos sin protección (Kirby, 2002).

Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi (2006) mencionan que la salud sexual de los adolescentes ha recibido cada vez mayor atención pública, a partir del

reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población, y sus potenciales repercusiones en su bienestar psicosocial.

Algunos autores consideran que la prevención del sida debe plantearse desde el acercamiento del joven a su realidad sexual, fomentando la expresión de sus temores y teniendo en cuenta sus propias experiencias y los condicionantes de su entorno (Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997; Romero de Castilla, Lora & Canete, 2001).

Algunos estudios en adolescentes, como el de Robles-Solario (2012) han destacado el impacto positivo que tiene en los jóvenes un adecuado nivel de conocimiento sobre VIH, sida y otras ITS, impactando en sus hábitos y mostrando una autoeficacia para posponer un encuentro sexual no protegido, en las actitudes hacia el uso del condón, en la comunicación sexual con padres y en la habilidad para usar correctamente un condón.

En un estudio realizado en Colombia sobre las representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y el uso de condones como mecanismos de prevención, se concluye que para los universitarios el uso del condón constituye un método efectivo y de fácil acceso de prevención de ITS. (Estupiñán, Amaya & Rojas, 2012).

Sobre las prácticas sexuales de riesgo, algunos estudios en Latinoamérica -incluyendo México- reportan que tanto adolescentes como jóvenes tienen mayor número de parejas, practican con mayor frecuencia sexo casual y un alto número no usa el condón de forma consistente en sus relaciones sexuales. (Uribe, Amador, Zacarías & Villarreal, 2012; Antón & Espada, 2009; Campo *et al.*, 2006; Goncalves, Castella & Carlotto, 2007; Hernández & Cruz, 2008; Jiménez, 2010; Robles *et al.*, 2006; Piña & Urquidi, 2006; Pulido, Carazo, Orta, Coronel & Vera, 2011; Stefano *et al.*, 2007; Uribe, Andrade & Zacarías, 2009; Uribe, Zacarías, Amador & Villarreal, 2011).

En nuestro país, de acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total. Según datos de la

Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID) del INEGI, 54.5% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, reportaron haber utilizado, ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual (INEGI, 2014).

La incidencia de casos notificados diagnosticados y notificados en jóvenes de 15 a 24 años casi se triplicó en los últimos 8 años, según el informe de CENSIDA (2018), pasando de 4.6 a 12.7 (número de casos por 100,000 habitantes).

Como mencionan Córdova, Ponce de León y Valdespino (2009) la vulnerabilidad de las y los jóvenes tiene su origen, en primer lugar, en el hecho de que la sociedad, e inclusive los programas de atención, no facilitan, y en ocasiones hasta excluyen el acceso a la información, educación y servicios integrales de salud necesarios para garantizar que el ejercicio de la sexualidad no conlleve riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

En el presente estudio se buscó evaluar y rediseñar un Programa de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, para aumentar su accesibilidad y utilidad, así como adaptar la intervención por completo al internet.

## **Justificación de la Investigación**

Los sitios de redes sociales en internet están siendo utilizados para la promoción de la salud sexual, aunque el grado en que se utilizan varía en gran medida, y la gran mayoría de las actividades no son basadas en la literatura científica. Los estudios futuros deben examinar los factores clave para el éxito entre las actividades que atraen a una gran cantidad de usuarios, y cómo el éxito puede ser medido, con el fin de orientar el desarrollo de las futuras actividades de promoción de la salud en este contexto emergente (Gold-Sacks, 2011).

Hay poca información acerca de las formas en que los adolescentes usan, ven y consideran el internet como fuente de información sobre salud sexual. Lo que se necesita es mejorar las estrategias para conectar directamente a los adolescentes con sitios web apropiados y ofrecerles garantías de que esta

información es de confianza (Jones & Biddlecom, 2011).

Fuera de México existe un gran número de artículos publicados sobre la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia del uso de diversas formas de tecnología para la exploración de la salud sexual, incluyendo rigurosas revisiones de la literatura, sobre todo en el campo de la prevención del VIH (Levine, 2011). Mientras que en nuestro país son muy pocos los estudios que se han interesado en investigar sobre la eficacia de las intervenciones de prevención sexual en internet y, por lo tanto, son muy pocos los programas que se han realizado en línea de intervenciones de prevención sexual para los jóvenes.

Hoy en día los jóvenes están muy interesados e implicados con el uso del internet, por esta razón se consideró realizar la evaluación y el rediseño del Programa *Conéctate*, de intervención en prevención sexual para adolescentes. Este programa, al ser impartido en su totalidad por internet, puede ser un instrumento eficaz para que un mayor número de jóvenes tenga acceso a una herramienta actualizada de saberes y formas eficaces de prevención.

Esta investigación también permitirá realizar otros estudios para evaluar la eficacia del Programa en cuanto a la prevención sexual en las y los jóvenes y, en futuras investigaciones, poder realizar estudios comparativos de los resultados del Programa *Conéctate* en diferentes estados de la República Mexicana.

### **Objetivo General:**

Evaluar una intervención en internet basada en un modelo de resiliencia, a partir del desarrollo de competencias sociales para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH y el sida en adolescentes, determinando los aspectos que requieren ser mejorados para realizar un rediseño del programa de intervención sobre sexualidad responsable.

### **Objetivos específicos:**

1. Evaluar y analizar el acceso a los contenidos por parte de los usuarios.
2. Evaluar y analizar la interacción de los usuarios con las actividades, los videos y los juegos de la intervención.
3. Evaluar y analizar la opinión de los usuarios sobre los personajes y colores de la intervención.
4. Evaluar y analizar las recomendaciones de los usuarios a la intervención.
5. Rediseñar la intervención.

### **Preguntas de investigación**

¿Qué aspectos se deben cambiar en el rediseño de la intervención del campo de los contenidos?

¿Qué actividades, videos y juegos deberán rediseñarse en la intervención?

¿Qué colores y personajes se deben modificar en el rediseño de la intervención?

¿Cuáles son las recomendaciones de los usuarios que permitan el rediseño de la intervención, para poder transformar *Conéctate*, originalmente diseñado como un programa semi presencial, en un programa virtual y completamente por internet?



## **CAPÍTULO II**

### ***MARCO TEÓRICO***

#### **VIH/SIDA**

La OMS (2017) explica que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades, las cuales las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o SIDA, y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto (OMS, 2018).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH, y se define por la presencia de algunas de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta (OMS, 2018).

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto

puede presentar otros signos y síntomas, tales como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos, o diversos tipos de cáncer, por ejemplo, linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Así mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2018).

## **Explicación a nivel biológico, psicológico y social**

### **Explicación a nivel biológico**

Córdoba, Ponce de León y Valdespino (2009) explican que el VIH pertenece a los llamados retrovirus, y comenzó a infectar a las poblaciones humanas al brincar de una especie de chimpancé, conocida como *Pan troglodytes troglodyte*. La cercanía biológica que tenemos con otros primates y con los grandes simios permite que los patógenos celulares o virales puedan saltar barreras taxonómicas (Gao-Bailes, 1999).

Es muy probable que el contacto con sangre y otros tejidos infectados, durante la cacería y comercialización de los chimpancés, haya facilitado la transmisión del ancestro del VIH-1 a poblaciones humanas. En 1997 se analizaron más de 1200 muestras de plasma sanguíneo, recolectadas en 1959 en Zaire, que habían permanecido casi olvidadas en un laboratorio europeo, y se encontró que una de ellas, ahora conocida como ZR59, tenía fragmentos del genoma del VIH-1.

Se cree que después de haber brincado de los chimpancés a los humanos,

la infección de VIH-1 se haya transmitido durante décadas en África central en forma esporádica pero creciente (Córdoba, Ponce de León & Valdespino, 2009).

Los primeros análisis de la situación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) partieron del enfoque biológico, que centró su mirada en el comportamiento individual. Asociándosele con ciertos comportamientos (uso de drogas, relaciones sexuales sin protección y transfusiones de sangre) y prácticas sexuales de grupos específicos de personas, clasificados como grupos de riesgo, como los usuarios de drogas inyectables, homosexuales, trabajadoras(es) del sexo y receptores de sangre (Berbesi & Segura, 2013).

Berbesi y Segura (2013) señalan que este enfoque, centrado en el riesgo individual, presupone que los sujetos poseen el dominio absoluto de sus comportamientos, sin tener en cuenta las complejas relaciones conductuales y de poder que se constituyen en el campo de la sexualidad y los contextos en los cuales se encuentran inmersas las personas.

Aunque el virus se propagó rápidamente, independientemente de las condiciones socioeconómicas y demográficas, ya que avanzó simultáneamente en países desarrollados y en vías de desarrollo, en los países con mayor grado de desarrollo lograron contener la enfermedad, a diferencia de las comunidades más pobres y con menos nivel de educación (Ministerio de Protección Social, 2008; Berbesi & Segura, 2013).

Dicha propagación del virus fue resultado de una mezcla compleja de factores biológicos y sociales, como la transición de sociedades agrarias a un mundo industrializado y globalizado, modificando radical e irreversiblemente los patrones de las enfermedades infecciosas, así como los conflictos asociados a la lucha anticolonialista en el Congo y otras regiones africanas, la movilidad de las zonas rurales a las ciudades, la migración laboral de trabajadores africanos a plantaciones de Haití, el desarrollo de y abaratamiento del transporte aéreo (unido a la revolución sexual, que comenzó en la década de los 70 y al turismo sexual), combinados con la ausencia de manifestaciones características reconocibles de la infección inicial y el largo periodo de latencia del virus en el organismo, en conjunto fueron los ingredientes que permitieron que la epidemia de VIH y el sida se

expandiera sin ser reconocida (Córdoba, Ponce de León & Valdespino, 2009).

Según los informes científicos, "las mujeres de todas las edades tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH que los hombres durante el coito vaginal sin protección. Esta vulnerabilidad biológica es mayor en las adolescentes, cuyo epitelio vaginal todavía no está completamente maduro. La vulnerabilidad biológica se ve agravada por la dependencia social, cultural y económica de las mujeres en la sociedad" (Boletín Oficial, 2000, Argentina).

### **Explicación a nivel psicológico**

La OMS, en 2008, indicó que la salud mental y el VIH y el sida están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y sida e interfieren con su tratamiento y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica. Estudios realizados, tanto en países desarrollados como en países de tercer mundo, han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas VIH positivas, en comparación con los grupos de control VIH negativos. El nivel de angustia parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección. Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas pueden configurar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo.

El VIH y sida impone una considerable carga psicológica. Las personas con VIH y sida suelen sufrir de depresión y ansiedad, a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, manifestada, por ejemplo, en la estigmatización y la pérdida de apoyo social. La infección puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de éste. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas con VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, historial de depresión y la falta de esperanza

(OMS, 2008).

Dentro de los aspectos psicosociales, cuando una persona es diagnosticada con el VIH son muchas las situaciones que debe afrontar para mantener su bienestar, o para desacelerar su deterioro físico y mental, en función de su desarrollo e historia de vida. Cada persona realiza distintas atribuciones subjetivas sobre la etiología, el pronóstico y el tratamiento (Arrivillaga & Salcedo, 2012).

Ballester (2005) señala que tener la información sobre el VIH y el sida no es un recurso suficiente para modificar el comportamiento humano. Resulta necesario también trabajar con las actitudes, incrementando principalmente la percepción de riesgo de la población en general, entrenar en comportamientos saludables como el uso del preservativo o la desinfección de jeringas, ayudar a desarrollar la asertividad para negociar con la pareja la seguridad en las relaciones sexuales y mejorar la accesibilidad a los medios preventivos.

Piña y Robles (2005) explican cómo el Modelo Psicológico de Salud Biológica, propuesto por Ribes (1990), señala que hablar de conducta es hablar de la interacción del individuo con su ambiente; en la medida en la que la conducta supone un proceso interactivo entre el organismo y el ambiente, la conducta es interconductual. En relación con el campo de los problemas de la salud, en el modelo psicológico la dimensión psicológica de la salud puede dividirse en tres factores o componentes:

- a. La forma en que la conducta participa en la modulación de los estados biológicos, referidos a los diferentes subsistemas biológicos de respuesta, casos del sistema inmune, endocrino, nerviosos central, etc.
- b. Las competencias que definen la efectividad para interactuar con toda clase de situaciones que puedan afectar la salud, y
- c. Las maneras consistentes de comportarse de un individuo.

Este modelo permitir entender y explicar, por ejemplo, por qué una persona se comporta de manera arriesgada, a pesar de tener un buen nivel de conocimientos o ciertas actitudes favorables hacia las conductas de prevención.

El que una persona practique un tipo particular de conducta instrumental (por ejemplo, tener relaciones sexuales con penetración y no utilizar condón) determinará en menor o mayor medida la probabilidad de que resulte infectada por el VIH (Piña & Robles, 2005).

De acuerdo con el Modelo Psicológico de Salud de Ribes (1990), la práctica de una conducta de prevención eficaz depende de dos cosas: por un lado, que una persona pueda llevarla a cabo; y, por el otro, que quiera llevarla a cabo. Que pueda, depende de si la persona dispone de los recursos o las competencias eficientes necesarias –que reconozca cuáles son las conductas y/o situaciones de riesgo, las señales de estímulo que probabilizan la proximidad de una situación de riesgo y qué conductas son de prevención-. Que quiera, depende de la influencia de ciertos estados biológicos momentáneos –casos de la excitación y la relajación, así como el consumo de sustancias como alcohol o drogas-, y de factores situacionales específicos –que pueden ser coyunturales o convencionales- (Piña, Corrales & Rivera, 2008).

### **Explicación a nivel social**

Flores y Leyva (2003) señalan que el problema del sida se impone como un fenómeno social, movilizándolo y constituyendo representaciones que modelan nuevos y diversos comportamientos sociales. Ha tenido un rápido impacto social que se ve reflejado en diferentes posiciones ante el problema y ante las personas que viven con el sida.

No es suficiente con que los grupos sociales tengan cierto nivel de información, o que en su discurso cotidiano se mencione el sida para considerar que el camino de la toma de conciencia y prácticas de prevención estén garantizados (Flores & Leyva, 2003).

Gayet, Rosas, Magis y Uribe (2002) mencionan que hablar del sida remite a situaciones de interacción entre los participantes del acto del habla, y puede incluir

la comunicación de experiencias personales. Por el contrario, recibir información sobre el sida puede tener una connotación más comunicativa, donde los componentes parecen ser un “transmisor” capacitado y un “receptor” pasivo.

La representación social del sida ha ido cambiando. Las nociones de sentido común son productos de la interacción social, donde la información científica es interpretada y adaptada al marco de conocimiento tributario de la historia particular de cada grupo, es decir, de la cultura (Morín, 2001).

Desde sus inicios, el significado de esta enfermedad estaba socialmente relacionado con la preferencia sexual de los enfermos. Incluso, en la década de 1980, ese sentido se construía en función de las creencias y valores, por lo cual se establecieron posiciones ingenuas, donde el sida fue concebido como castigo divino o como intención maquiavélica de la ciencia.

La sociedad ha recurrido a explicaciones sustentadas en mitos y creencias para explicar lo desconocido, descuidando frecuentemente la información esencial que ubica el origen de la enfermedad como consecuencia de infección por virus (VIH). A pesar de los enormes esfuerzos mundiales de generalizar la información respecto a la infección, aún hoy las explicaciones originales e ingenuas influyen en la forma de percibir el objeto (Flores & Leyva, 2003).

Un paradigma alternativo al que se le puede llamar “constructivista” intenta analizar la salud y la enfermedad como categorías sociales, resultantes de la confrontación entre los saberes y las prácticas de los profesionales de la salud y de la prevención y, por otra parte, la de los profanos (Basabe, Páez, Usieto, Paicheler & Deschamps, 1996).

### **Factores de Riesgo y Protección**

Existen factores de riesgo y de protección relacionados con la enfermedad y riesgo individual. El primero considera los factores que producen una influencia negativa en la resiliencia; el segundo, comprende el riesgo individual, exacerbado por los

problemas de salud y las estrategias de afrontamiento defensivo que son empleadas cuando las personas responden a los acontecimientos estresantes (Hasse, 2004).

Diferentes investigaciones buscan evaluar una amplia variedad de conductas de riesgo para la infección por VIH -tener relaciones sexuales sin usar preservativo, involucrarse sexualmente con múltiples parejas o con parejas ocasionales, etc.-, y la manera en la que éstas se asocian con o son predichas por variables como la edad, el sexo, la educación, las situaciones interactivas, motivaciones que subyacen en esas conductas y determinados estados biológicos asociados –consumo de sustancias como alcohol y drogas- (Piña, Corrales & Rivera, 2008).

DiClemente, Crosby y Wingood (2002), a partir de distintas investigaciones, recalcan que un aspecto especialmente saludable es la influencia de la familia en prevención de las conductas de riesgo de los adolescentes, y que en estas juegan un papel relevante el control de los padres.

También se ha encontrado asociación entre el control de los padres y conductas sexuales de los adolescentes, cumpliendo un papel importante en la prevención de riesgo relacionadas al VIH y a las enfermedades de transmisión sexual. Incluso hay una diferenciación entre el rol jugado por los padres, debido a que el padre, aunque intenta asumir un papel más protagonista, la madre ocupa el puesto de mayor transmisor de información asumiendo el rol más relevante (Cerrato, 2016). Asimismo, es importante localizar ciertas creencias irracionales por parte de aquellos padres que no quieren hablar de sexualidad con sus hijos, considerando que existe información suficiente en el medio que los rodea, y que por lo tanto su papel resulta irrelevante. Es importante trabajar en cambiar ese sistema de creencias y establecer una comunicación de padres a hijos fluida y de acuerdo a las necesidades concretas de estos. También se ha observado que los efectos protectores del control parental pueden disminuir a medida que aumenta la edad de los adolescentes.

Un factor de riesgo familiar de mucha importancia en la adolescencia es el nivel de comunicación que existe entre padres e hijos adolescentes. La falta de



comunicación sobre temas como el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el uso del preservativo puede ser un antecedente importante de conductas sexuales de riesgo (DiClemente, 2002).

Así mismo la comunicación entre los adolescentes y sus padres en relación al sexo puede ser la base para la comunicación sexual de los adolescentes con sus parejas, posibilitando, a la vez, el aumento de respuestas afirmativas sobre el uso del preservativo en su primera relación y en las siguientes.

En una investigación de DiClemente (2001), con adolescentes afroamericanas se encontró que la poca comunicación entre padre/madre e hija, sobre temas relacionados con el sexo, estaba asociada significativamente con el nulo uso del preservativo en el último mes, en la última relación sexual y en los cinco últimos contactos sexuales.

La falta de comunicación con los padres también se relacionó con una menor capacidad de las adolescentes para negociar el uso del preservativo (DiClemente et al., 2001).

### **Programas de Intervención en prevención de VIH Programas de Intervención en Internet**

Las redes sociales del internet han llegado a ser, en algunos sectores de la sociedad, herramientas útiles e importantes en el cuidado de la salud (Griffiths, 2012). Aunque Byron, Albury y Evers (2013) mencionan que la información con contenido sexual debe de ser más general en internet y se debe ser cauteloso con la información sobre salud sexual que se encuentra en las redes sociales.

Sólo unas pocas investigaciones han probado los programas de educación para la salud a base de computadora con los adultos latinos (Franko & George, 2008; Jantz, Anderson & Gould, 2002; Jibaja et al., 2000; Ramírez & Mondragón, 2002). Sin embargo, no se encontró ninguno que abordara el VIH y el sida, o la comunicación sexual entre padres y adolescentes. Se necesita más investigación para evaluar la eficacia y la aceptabilidad de las intervenciones basadas en la

informática con los latinos (Villarruel & Loveland-Cherry, 2010).

En Estados Unidos se desarrolló el programa *Midlife Women Online* por internet, para prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, específicamente dirigida a mujeres de mediana edad. Un extenso proceso de desarrollo del programa fue emprendido, incluida la realización de grupos focales, la convocatoria a un panel de expertos en salud reproductiva y un estudio de usabilidad (Swartz, 2011). Asimismo, en el área de San Francisco, se lanzó el programa *SexTextSF*, que combina una plataforma en internet con el servicio de consejería, mediante una aplicación en los teléfonos celulares. Este programa pone el énfasis en la toma de conciencia y conocimiento del VIH y ITS (Curioso, 2007).

Hacia 2009 se evaluó en Quebec, Canadá, el programa REZO, un portal de internet con secciones temáticas que abarcaban el VIH y las ITS. Esta intervención permite a los usuarios hacer preguntas y recibir respuestas diferidas de expertos (Dumas, 2009).

Mientras en Japón, para abordar el aumento de la incidencia de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, han creado en un sitio web el *Programa para Consejeros en Contracepción y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual* (Narita, 2009), dirigido a estudiantes de enfermería, con el fin de entrenar a consejeros y proveer apoyo práctico. El sitio web permite confirmar el contenido de conferencias, grabar sus propios estudios y presentar problemas.

En Chile, en 2014, se realizaron las *Pruebas Piloto* de Intervención para Prevenir ITS y VIH, en mujeres entre 18 y 24 años de edad. Esta intervención consistió en cuatro módulos en línea. El estudio arrojó relevante información sobre la viabilidad de una intervención en internet, para reducir los factores de riesgo y proveer conocimientos y acciones de prevención (Villegas-Santiesteban, 2014).

Los esfuerzos formales e informales para proporcionar educación sexual a los adolescentes deben incluir la edad y sitios Web específicos, con contenido adecuado, ya que muchos jóvenes no están buscando activamente por su cuenta, y expresan reservas acerca de confiar en Internet como fuente de información sobre la salud sexual. El aumento dramático del uso del Internet por los

adolescentes ha planteado la posibilidad de que éste podría llenar el vacío de información de la salud sexual, señalan Jones y Biddlecom (2011a).

Uno de los principios más importantes en el desarrollo de nuevos estudios de los medios en línea es la construcción de los puntos fuertes de nueva tecnología, ya que abre la opción a nuevos métodos de investigación, diseños e intervenciones. Aún no se ha alcanzado el objetivo final de las intervenciones de prevención altamente eficaces contra el VIH usando las nuevas tecnologías informativas, pero parece realista y alcanzable (Roosser *et al.*, 2011).

Sonenstein (2012) indica que, mientras el Internet tiene la capacidad de proporcionar a los adolescentes información que les puede ayudar en la prevención de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual, las intervenciones que abordan estos temas deben ser desarrolladas y probadas rigurosamente. Para hacer frente a esta necesidad, la información disponible en internet debe ser exacta y completa.

Según datos del INEGI (2017) el número de usuarios de Internet tuvo un incremento de 2.1% entre el 2015 y 2016, al llegar a 65.5 millones de personas. Esto arroja que el 59.5% de la población es usuaria de internet. El 68.5 por ciento de los cibernautas mexicanos tienen menos de 35 años. El 47.0 por ciento de los hogares del país tiene conexión a Internet.

De acuerdo a Ferro, Martínez y Otero (2009) la innovación en materia de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) ha permitido la creación de nuevos entornos comunicativos y expresivos, que abren la posibilidad de desarrollar nuevas experiencias formativas, expresivas y educativas, posibilitando la realización de muy diversas actividades.

Los gobiernos que abogan por el uso generalizado de la educación entre pares, como un enfoque primordial, necesitan reconocer las barreras en la implementación y garantizar el seguimiento y evaluación continua de la eficacia y la rentabilidad de los programas (Mason-Jones, Mathews & Flisher, 2011).

Para ofrecer una mejoría para la seguridad y el bienestar de los jóvenes de las minorías urbanas, los programas que se centran en la información médicamente exacta y aclaran los conceptos erróneos y destierran creencias

pueden ser eficaces en el aumento de los conocimientos (Dudley, 2009).

Por otro lado, resultados de una evaluación de un programa en línea de *Jóvenes Embajadores* (“YA”), diseñado para promover los recursos de Internet para la salud mental en la población adolescente, sugieren que el programa en línea “YA”, entregado en la escuela, es útil para mejorar la conciencia sobre la salud mental de los participantes del taller (Beamish, 2011).

Sriranganathan (2012) indica que existe una amplia gama de programas de educación entre pares y una gran diversidad de comunidades atendidas, por lo que la creación de un único método de evaluación puede ser una tarea imposible. Para hacer frente a este reto, se proponen principios para la evaluación eficaz de los programas, con las herramientas que se pueden adaptar a los objetivos particulares de organizaciones específicas de salud sexual.

Un estudio realizado en Uganda, para evaluar el efecto de un programa de educación sexual integral en escuelas secundarias, centrado en determinantes socio-cognitivos de comportamiento sexual seguro, mostró un efecto positivo de la intervención, sin embargo concluyen que la eficacia del programa podría mejorarse dando una atención más sistemática al contexto en el que un programa de este tipo debe ser implementado (Rijsdijk, 2011).

Se ha evaluado la eficacia de una intervención educativa, basada en la Web y en la telefonía móvil, para prevenir y modificar las conductas de riesgo en adolescentes y en su entorno. Esto se ha realizado con una versión diseñada para España y otra para México. Las conductas de riesgo estaban concebidas para lograr la mejoría en la salud en general (Lana, García & López, 2013).

Otro estudio realizado en México se hizo con el fin de evaluar la efectividad de la intervención de un programa llamado *Bebé Virtual*, que buscaba un cambio de actitud hacia el embarazo en adolescentes escolarizados, donde los resultados obtenidos revelaron pocos avances y efectividad. (Morales, Martínez, Gómez, Rodríguez & Ramírez, 2012).

## **Programa *Conéctate***

El programa *Conéctate* se sustenta en la teoría de rango medio "Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente" y en las competencias sociales. Incluye juegos, videos, tutoriales e información en salud. Posibilita, además, un espacio virtual para que el adolescente juegue, se exprese, interactúe y reciba información sobre temas relacionados con la prevención de conductas sexuales de riesgo (Castillo-Arcos, Benavides-Torres & López-Rosales, 2012).

El Programa *Conéctate*: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes está diseñado para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH y sida. Utiliza estrategias didácticas innovadoras, a través de una plataforma educativa, donde el adolescente tiene la oportunidad de aprender a tener conductas sexuales seguras, al ejecutar diversas estrategias de aprendizaje.

El Programa se compone de 8 sesiones, de las cuales la Sesión 1 y la Sesión 8 están estructuradas para realizarse de forma presencial, mientras que las sesiones de 2 a 7 están en una plataforma en línea, por lo que los jóvenes las llevan en internet.

En el rediseño del Programa también se incluyeron en la plataforma las sesiones 1 y 8, por lo tanto todo el programa (8 sesiones) está mediado por internet, renombrándolo *Reconéctate*.

La resiliencia sexual en el adolescente es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el VIH y el sida. Lo anterior se verá reflejado en conductas positivas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón (Haase, 2004).

La Intervención se centra en que los jóvenes sean competentes para observar y valorar consecuencias de la conducta sexual de riesgo, identificando factores de riesgo, fortaleciendo factores de protección e identificando estrategias de afrontamiento positivo para desarrollar capacidades resilientes.

## **Modelo de Resiliencia en Adolescentes**

El Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2004) propone una representación integral del proceso y un resultado de resiliencia durante la etapa de desarrollo de la adolescencia. Así mismo permite su aplicación en intervenciones psicoeducativas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo.

Los supuestos de los que parte el modelo son: 1) el cambio de una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo, desde la primera infancia hasta la edad adulta, cambio que se acentúa durante la adolescencia; 2) la adolescencia vista como una etapa de desarrollo, que abarca los cambios físicos de la pubertad y su experiencia previa; la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad; y 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente.

Con base en esto el modelo está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado.

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

Los factores de protección están conformados por la protección familiar, protección social y protección individual. Los de protección familiar son factores que se encuentran en la familia, constituyendo una red importante de apoyo para el adolescente contra problemas psicosociales. Los de protección social se refieren al apoyo que recibe la persona por parte de sus amigos y proveedores de salud. Mientras que los de protección individual incluyen estrategias que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.

Finalmente, como factor resultado se encuentra la resiliencia como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores de riesgo, con la finalidad de obtener resultados positivos. Por lo que el adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes promoviendo conductas saludables.

En el Programa *Conéctate* se considera que la resiliencia sexual en el adolescente es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el VIH y el sida. Lo cual se verá reflejado en conductas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón y la monogamia.

Por último, la resiliencia se da cuando los factores de protección son fortalecidos y, estos, a su vez, contrarrestan los factores de riesgo sexual (Castillo-Arcos, Benavides-Torres & López-Rosales, 2012).

### **Grupo Focal**

El supuesto teórico que justifica la utilización del Grupo Focal es que todas las organizaciones deben estar interesadas en escuchar al cliente, al usuario (real o potencial) de sus servicios y programas (Krueger, 1988).

Krueger (1988) señala que el grupo focal es una conversación cuidadosamente planeada, dialógica, diseñada para obtener información de un área de interés definida, en un ambiente permisivo y no directivo. Su propósito fundamental es comprender el por qué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen.

García y Mateo (2000) indican que el grupo focal no busca llegar a acuerdos, por lo que es importante tanto lo que hay en común como lo que hay de diferente en las experiencias de los participantes.

El grupo focal se puede utilizar como un método de investigación y evaluación por sí mismo. Su aplicación en el diseño y evaluación de programas y servicios es múltiple: valoración de necesidades y preferencias de los pacientes,

identificación de obstáculos para la puesta en marcha, desarrollo de materiales educativos o evaluación de la calidad de los servicios (García & Mateo, 2000).

La discusión con grupos focales se utiliza frecuentemente como un enfoque cualitativo para obtener una comprensión profunda de cuestiones sociales. El método tiene como objetivo obtener datos de un propósito seleccionado (Ochieng, Wilson, Derrick & Mukherjee, 2018).

El grupo focal implica una experiencia dialógica -como lo advierte Lamas Rojas (2010)-, debido a que permite una comunicación más integral e interactiva entre los participantes, lo cual acerca a una reflexión y un diagnóstico más acertado de la intervención analizada.



## CAPÍTULO III

### *MÉTODO*

El proyecto estuvo encaminado a evaluar y determinar los componentes claves de la reconversión del rediseño del programa de intervención sobre sexualidad responsable, desde el análisis de sus actores, para aumentar su accesibilidad y utilidad del programa.

Para realizar lo anterior se utilizó la técnica del grupo focal. Es un estudio de tipo cualitativo.

A partir de la información procesada en los grupos focales se realizó un análisis del discurso, de tipo general, basado en contenidos, estrategias y técnicas. A ese mismo análisis discursivo le aplicamos ulteriormente un esquema más analítico, basado en el esquema de Roman Jakobson (1984), para determinar qué elementos y funciones específicas deberían permanecer o eliminarse, cuáles elementos mejorarse y transformarse en el rediseño de la intervención, utilizando el software MaxQDA-11 (VERBI Software, 2018) para recabar y clasificar la información, mediante unidades de análisis, considerando elementos discursivos, tanto de *significado* (o contenidos), como de *significante* (de formas, elementos técnicos, diseño formal de la plataforma).

Definimos el rediseño, en primer lugar en su sentido etimológico como derivado del latín *redisegno*, "volver a trazar o delinear una figura, proyecto o plan", según la Real Academia Española (2019), en este caso una intervención de prevención del HIV y sida en jóvenes, que originalmente era semipresencial, y que transformamos en una intervención virtual por internet. Como intervención transicional tendremos que ubicar que no se parte de cero, ni se trata de hacer una innovación absoluta. En este tipo de rediseños una media de 80% corresponde a los cambios y un 20% permanece del programa original (Ragsdale & Rotheram-Borus, 2015).

Partimos de que toda estructura, al momento de modificarse, parcial o

totalmente, resulta en una estructura cualitativamente diferente a la del punto de partida. La propia idea de estructura no puede reducirse a la mera suma de sus partes, sino lleva implícita una calidad distinta, una nueva organicidad producto de cualquier modificación de alguna de sus partes (Barguetto, 2018). Por eso considero que el rediseño que hicimos apunta a una nueva organicidad y a una forma de intervención cualitativamente distinta.

## **Participantes**

Se empleó el muestreo intencional de jóvenes y profesores que habían participado en la Intervención en línea sobre sexualidad responsable. El reclutamiento para los grupos focales se llevó a cabo en una institución de educación media superior de una universidad pública: la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Hubo 40 participantes en los grupos focales, 10 maestros y 30 alumnos, los cuales acudieron por invitación. Los participantes fueron notificados por teléfono acerca de los grupos focales y cuando aceptaron participar se les indicó el día y la hora.

Se les pidió que firmaran un formato con su consentimiento para participar de forma voluntario en los grupos focales.

Los grupos focales fueron 4 de 10 participantes cada uno: un grupo focal con 10 maestros y 3 grupos focales con 10 alumnos en cada grupo.

Figura 1

Distribución por sexo de los participantes en el Grupo Focal 1

Sexo. 1. Mujeres 2. Hombres

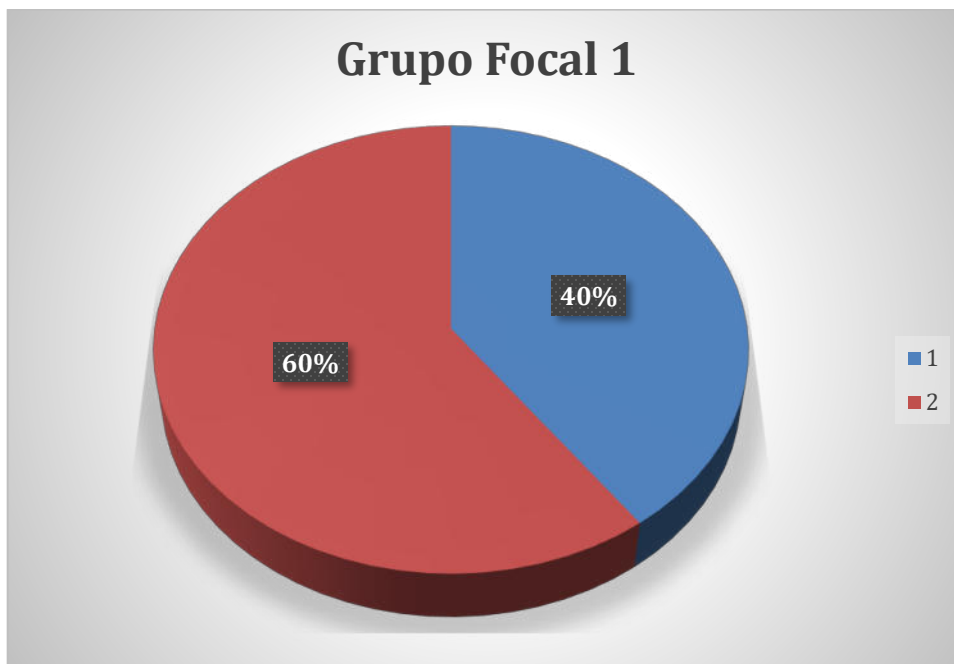


Figura 2. Distribución por sexo de los participantes en el Grupo Focal 2

Sexo. 1. Mujeres 2. Hombres

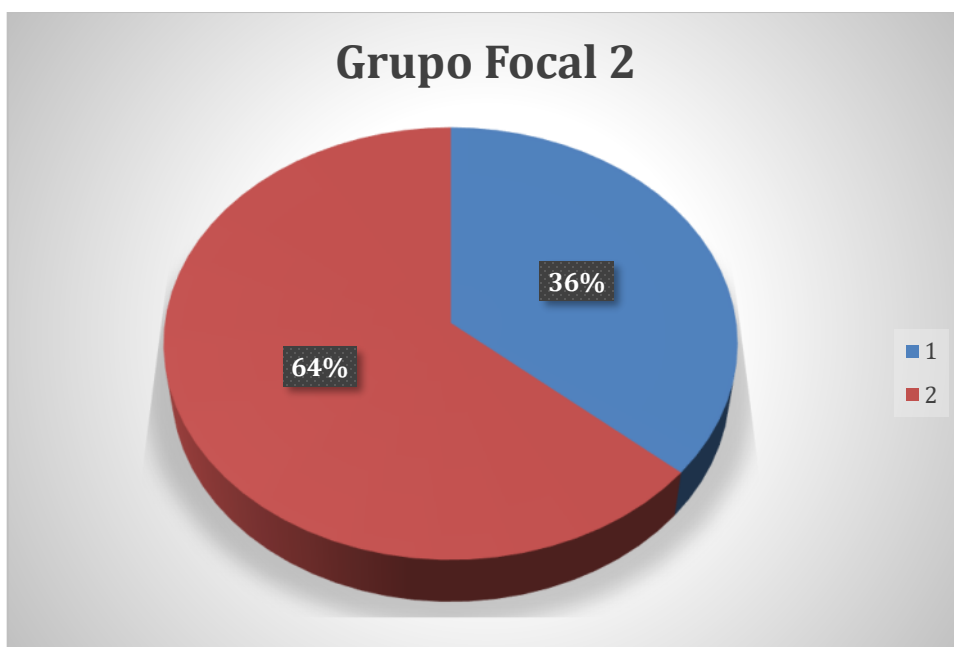


Figura 3. Distribución por sexo de los participantes en el Grupo Focal 3  
Sexo. 1. Mujeres 2. Hombres

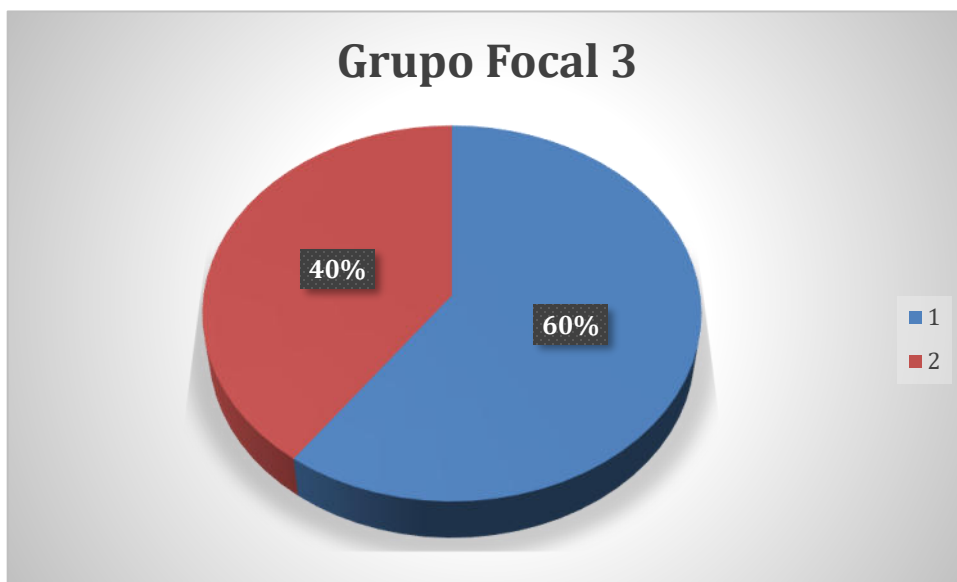


Figura 4. Distribución por sexo de los participantes en el Grupo Focal 4  
Sexo. 1. Mujeres 2. Hombres



Figura 5. Distribución por sexo de los participantes en el total de los grupos focales

Sexo. 1. Mujeres 2. Hombres

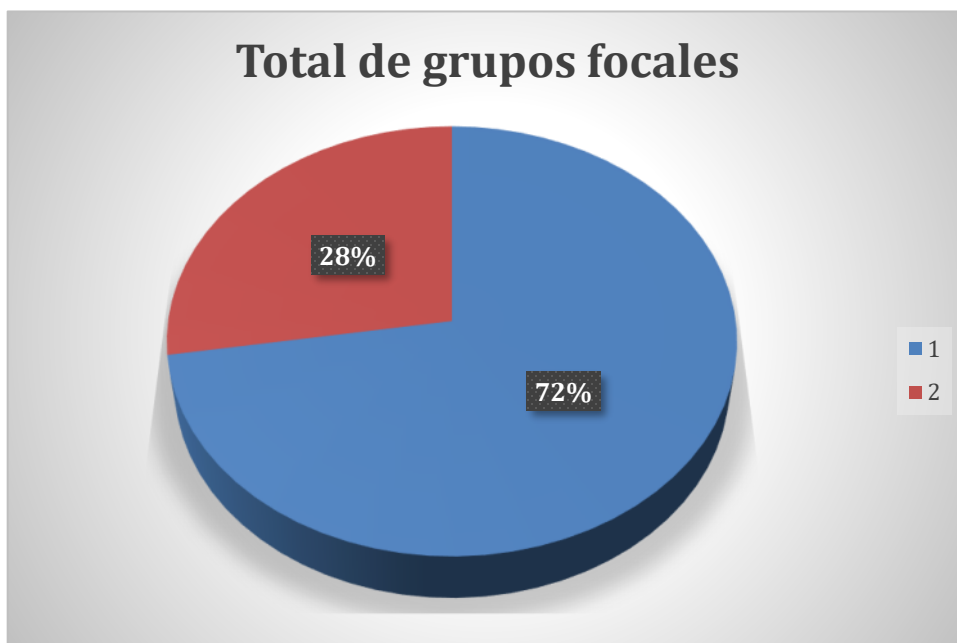


Figura 6. Distribución por edad de los participantes en los grupos focales.

Edades. 1. 14-16 años 2. 30 años en adelante



## **Instrumentos**

Como instrumento se utilizó una entrevista semiestructurada, con distintas unidades de análisis. Dicho instrumento fue creado en consenso por un equipo de investigadores especialistas en la intervención.

Las unidades de análisis se dividieron en los siguientes componentes de la intervención: los contenidos (si la información es entendible o no; y si el vocabulario es comprensible u oscuro), las instrucciones (si fueron claras o no), los colores (refiriéndose a los colores de las letras y fondos del programa, indagando qué les transmitieron, por ejemplo si les parecieron agradables, aburridos, fríos, cálidos, etc.), los personajes (si les agradaron o no, si se identificaron con ellos o si les gustaría incluir otros diferentes personajes), los juegos (si consideran que son dinámicos, divertidos o aburridos, etc.) y las actividades (si al realizarlas, consideran que reforzaron lo visto en el programa o no).

# CAPÍTULO IV

## *RESULTADOS*

### **Contenidos**

A partir de la experiencia dialógica, con preguntas detonantes por parte del moderador, y respuestas de los participantes de los grupos focales, se obtuvo una gran cantidad y variedad de información acerca del programa *Conéctate*. La información fue registrada minuciosamente como intervenciones o secuencias de habla (un total de 665, de ellas 22 corresponden a maestros), de manera literal, donde a pesar de que algunos enunciados se acercaban más al registro oral que a una forma gramatical más cuidada, arrojaron una valiosa información.

En cuanto a contenidos, los jóvenes identificaron su tópico central, el Sida y su prevención. “Sida, pues en eso se centra toda la plataforma”. “Sí, lo de más relevancia para mí fue la prevención, como dice Óscar”. Se advierte que el tema no tenía solamente un carácter informativo, sino que involucraba al sujeto enunciante y a su propia experiencia vivencial: “Te preguntaban si eres sexualmente activo, también si no eras sexualmente activo había una pestañita, o más preguntas. Unas para los sexualmente activos y otras para los no sexualmente activos. Diferentes preguntas. Está bien eso para que se vea por separado, cada persona, cada estilo”.

Acerca de la calidad de la información hubo una constatación de que sus conceptos eran claros y entendibles. “Sí estaba entendible”, “Estaba, pues, muy entendible”, “todos los (temas) eran muy sencillos”. Un participante señaló que ellos poseían un bagaje de conocimientos previos: “Es que como nosotros estamos en el área médica, pues ya sabemos”. La aceptación de la plataforma fue positiva, resaltando que el lenguaje utilizado era claro y directo, aunque posiblemente en otros grupos, con menos conocimientos sobre el tema, podría resultar un poco menos claro: “estaba sencillo para nosotros, o sea, el problema es que no sabemos cómo (estaría) para otras prepas”. “Sí, no estaba así la gran cosa que dijeras tengo

que ocupar mis conocimientos para saber”. Destacaron el lenguaje usado se acercaba al registro del lenguaje cotidiano: “el lenguaje, no está complicado, ni siquiera está (enunciado) científicamente, o sea (está) normal”. Hay quien advirtió positivamente que las palabras no eran oscuras ni rebuscadas, sino que denotaban con claridad su sentido literal: “Te dicen todas las palabras como son, no te esconden ningún término, todo te lo dicen tal y como es”.

Destaca, en un primer nivel la forma emocional de evaluar la intervención. En general coincidieron en señalar que los temas de la intervención les parecían de interés. Mencionaron que los conceptos eran entendibles: “Todos eran muy sencillos”, “estaba, pues, muy entendible”.

Hubo quien advirtió que la información debería ser complementada con datos más cuantitativos: “Faltó información estadística, las razones por las que se infectan y cuáles tienen más mortalidad, cosas así”. Como se observa, aun cuando las secuencias se centran en aspectos emotivos y muestran su primera impresión -positiva y/o negativa- en relación a los contenidos, no dejan de aportar datos interesantes para mejorar tanto el *nivel de significado* o contenido, como el *nivel del significante* o la forma en que está expresada la intervención.

Inclusive las secuencias que registran opiniones aparentemente negativas, apuntan a cambios que son necesarios hacer a distintos niveles para mejorar la intervención. Hubo quien señaló dificultades técnicas de la plataforma. Alguien refirió problemas para acceder a los videos: “los videos no se alcanzaban a ver”, “las fallas que tiene, había varios videos que no pude ver”.

Otros refirieron la ausencia de instrucciones claras para su instrumentalización: “no saben cómo aplicarla”, deseando que “estuviera más didáctica”. Estos problemas técnicos y de conexión fueron resaltados como elementos que hacían difícil y lento el buen funcionamiento de la misma: “a mí me hicieron contestar dos veces”, “yo también tuve problemas para enviarlo”, “no avisaba que ya estaba recibido”. Pero, incluso a este nivel fático o de conexión, siempre había sugerencias para mejorar esos aspectos técnicos: “que le pases el mouse y se vea otra figura”, “que tuviera un menú especial”, “que venga en el menú diferentes opciones”, “ajá, un link”.



Algunos señalaron aspectos negativos en el contenido, tales como saturación o exceso de información: “era demasiada información”, “eran muchas letras”. Otros mencionaron que “sí estaban aburridas las primeras páginas”. “Eran muy repetitivas”, “estaba muy tediosa”. Una alumna opinó: “Yo me metería más a fondo, porque se me hizo algo superficial”.

Otro aspecto relevante fue la discusión sobre el *saber y conocer* el tema y su relación con la experiencia sexual individualizada. Hay estudios (Fhon & Andrade, 2014) que indican que, a pesar de que los jóvenes pueden tener un nivel aceptable de conocimientos sobre el tema del VIH y sus formas de prevención, y que debería de haber una natural correspondencia entre educación y prevención, no siempre esa correspondencia se cumple por completo, existiendo un nivel alto que persiste en prácticas de riesgo.

Cuando una alumna señaló: “Por eso se les hizo aburrida la plataforma, porque es el mismo tema que ya vimos (en la secundaria), que ya repetimos y ya lo sabemos, ya sabemos por qué y por qué no y, entonces, por eso se hizo algo tediosa la plataforma”, otro refutó: “No, pero es que aun así, sabiendo, como quiera hay gente que sabe mucho y se contagia, que se deja llevar por todo. Se le olvida todo y se contagia”. Sin ser exhaustivos ni dar un cuadro completo del tema, las secuencias registradas indican un interesante conjunto de actitudes relacionadas a ese desfase entre el conocer y la conducta sexual de riesgo. “Tenemos la información, pero no la usamos”, parece ser la frase que resume ese desfase entre lo que pertenece al conocimiento y su racionalización y la persistencia en prácticas de conducta sexual de riesgo.

Una alumna mencionó como causa de dicha dicotomía el predominio de lo emocional y, hasta cierto punto de lo instintivo, sobre la reflexión y la conciencia: “es la emoción del momento”. Otra, destacó cierto desprendimiento del propio actuar, al cruzar el umbral de la conducta de riesgo: “O, por el pensar: ay, pues, no pasa nada”. Esa misma estudiante introduce una motivación socio-económica, que es una variable sugerente: “(dicen) ay, pues, yo como tengo dinero, pues a mí no me va a pasar nada, ¿qué me puede pasar?, cosas así”. Otro alumno introduce el elemento de la sexualidad parental o de la pareja formal, como una especie de

supuesto equívoco que permitiría evitar conductas de riesgo: “O también, cuando están casados, no, pues yo nomás con mi único esposo, y yo nunca he tenido relaciones con alguien más, pero (no sabemos nada) del señor”. Todos estos elementos apuntan a contextos socio-culturales y rebasan, como puede observarse, el simple diagnóstico de una intervención, pero aluden a aspectos que merecen ser estudiados con detenimiento.

Sobre la relevancia del programa respondieron de manera asertiva: “todo es importante”. Y aunque el tema central era el VIH y su prevención, destacaron la importancia de incluir lo referente a las enfermedades de transmisión sexual. Así su interés se focalizó en “El (tema) de enfermedades venéreas”, “sí ya sabías lo que eran, ahora sabes más, te lo reforzaron”. La palabra que más mencionaron al respecto fue la de prevención: “la prevención”, “pues sí, lo de más relevancia para mí fue la prevención”. Incluso agregaron un cierto sentido axiológico a la conducta preventiva sugerida por la intervención: “ya sabes qué hacer, y sí no lo haces es porque ya de plano estás bien mal”.

Los métodos anticonceptivos y el uso correcto del condón fueron también elementos que consideraron esenciales, no solo de la plataforma sino de su complemento en clase o taller educativo: “Sí, métodos anticonceptivos”, “métodos para protección, anticonceptivos. Y en una clase presencial te enseñaban cómo utilizarlos”. Asimismo, pese a lo escueto de sus respuestas, su significación aunque no elaborada totalmente, apunta a aspectos socio-emocionales que motivan una conducta sexual de riesgo. Algunos señalaban la respuesta situacional, personal, única del sujeto ante un umbral de riesgo: “O sea, porque todos pensamos de manera diferente”, “ya, no va a pasar nada”. De interés también son las respuestas que indican conductas de riesgo motivadas por prejuicios de género en relación a la sexualidad y su gratificación: “a lo mejor un hombre piensa que usar condón es como que ‘ay, no, no se siente igual, o no es de hombres’”. Esos prejuicios de género a menudo expresan significantes conductas marcadas por roles tradicionales, que connotan una relación asimétrica de pareja, expresada en la dicotomía hombre (dominante) /mujer (pasiva), que lleva a la aceptación de la conducta de riesgo: “y la mujer... ‘no voy a tener relaciones si no usas condón, bla,

bla, pero las terminan convenciendo o terminan haciendo las cosas que el novio quiere, o al revés”. Tales aspectos aludidos en las sesiones de los grupos focales son de una relevancia que rebasan los alcances y objetivos de este estudio, pero que sin duda indican elementos que merecen estudios posteriores más detallados y, en una labor de retroalimentación, ser incorporados con el objetivo de enriquecer la intervención.

Los grupos focales detectaron aspectos a mejorar en la intervención. Aunque les pareció relevante la información sobre el VIH, sugirieron enriquecerla en cuanto a sus contenidos: “O sea, okey, el sida sí es una enfermedad bien, muy mala, mortal, o de las peores, pero hay más enfermedades que nosotros como jóvenes, bueno, nosotros como enfermeros pues las conocemos, pero la demás gente no”, “o sea (falta) enriquecer más, o sea que no se enfoquen solo en el VIH”. La ventaja con los grupos focales especializados con los que trabajamos, formados en el área de la salud, es que tenían una idea muy precisa de qué tipo de enfermedades de transmisión sexual debían de ser incorporadas a la plataforma: “La gonorrea, la sífilis, las verrugas que aparecen o las ladillas”, “(tal vez) se conoce el nombre de la enfermedad, pero no se conocen las características”.

La forma dialógica, motivante por medio del moderador, dio lugar no sólo a la obtención de información a varios niveles, sino que planteó la necesidad de que la plataforma se mejorara a partir de una mayor inter-relación o retroalimentación entre sus contenidos y los usuarios. Esta fue quizás la parte más sugerente aportada por los grupos. Sin duda, familiarizados con las tecnologías de información y comunicación (TIC's), plantearon “subir la plataforma a Facebook”.

Otro estudiante sugirió la inclusión de “un inbox (de consulta) al experto”. “Me tocó una doctora, tiene su plataforma en Facebook y te contesta dudas o cosas así”. Podría bien incluirse una sección donde “la psicóloga te ayude”, insistió otro, “que esté conectada”. Esta ayuda especializada a partir de un canal de comunicación, entre el usuario y el psicólogo experto fue una sugerencia reiterada, ya que “sabes que te puede responder”.

De esta manera los grupos focales, mediante secuencias discursivas, abordaron la plataforma de *Conéctate*, describiendo, valorando y haciendo

valiosas sugerencias de mejoramiento. Sus respuestas fueron numerosas y diversas -153 preguntas y 665 intervenciones- y abarcaron, a nivel discursivo, los dos más importantes niveles de interrelación: el contenido (o significado) y la forma expresiva (o significante) en que se le presenta a los usuarios.

## **Colores**

En general, los colores del programa *Conéctate*, les parecieron demasiados fríos y poco motivantes. De esta forma notaron la monotonía presente en los fondos monocromáticos: “Era un fondo gris”, lo cual derivaba en su escaso atractivo.

A la mayoría de los alumnos y maestros les parecieron los colores fríos, aburridos, y con poca variedad: “Le faltó colorido”. “No llamaba la atención, porque casi todo era rojo, blanco y gris”. “No agradaban mucho los colores”. “Todo era así, como dice mi compañero, colores pálidos, sí pálidos. Faltó un poquito más de fluorescente, así algo”.

Algunas maestras inclusive mencionaron que los colores les provocaban apatía y flojera.

Un alumno mencionó que tampoco le gustaron los colores de los personajes de la intervención “Y los monitos eran como que amarillos, grises”. Muchas voces coincidieron en que les gustaría que la gama de colores de la intervención fuera más amplia y que los colores fueran llamativos: “De más colores, más este... no sé”, “colores fuertes”, “colores más llamativos”.

Al respecto, la psicología del color pudo ayudarnos a mejorar la plataforma, incluyendo, aparte de los colores fríos referidos, colores cálidos, e incluso aprovechar la connotación emocional y simbólica que tienen algunos colores en especial para llamar la atención y resaltar ciertos aspectos esenciales de la plataforma.

## **Personajes**

En cuanto a sugerencias sobre los personajes de la intervención, la mayoría de los jóvenes opinó que les gustaría que la intervención tuviera un personaje-mascota, la cual, al verla, automáticamente se asociaran con la intervención, y que apareciera a lo largo de todas las sesiones; “Lo veas y como (que) es (propia) de esta página”, “(algo) característico de la página”. Varios jóvenes también expresaron que les gustaría que el personaje fuera algún doctor o doctora caricaturizados: “O una monita que sea una doctora o un monito doctor”, “y que esté el monito de caricatura, platicándote la historia de Juanito”.

## **Juegos**

La gran mayoría de los participantes concordó en que les gustaría que los juegos fueran más variados y dinámicos e incluyeran un mayor número de actividades lúdicas, donde pudieran tener un papel más activo y elegir diferentes opciones: “Más dinámicas”, “que llamen la atención”.

Otro alumno indicó: “podrían hacer como que varios caminos y, luego, que fuera de que le picas y ya escoges tú el camino”, “por ejemplo ahí donde venía que tenías que ayudar al personaje a tomar decisiones”, “eso se les hace interesante, porque dices, bueno, pues, yo en mi caso no haría esto, entonces le aconsejo y así”.

En general, consideraron que los juegos eran atractivos, pero que era necesario que esta parte de aprender lúdicamente se reforzara con juegos informativos, de destreza y protección, de inteligencia emocional, de roles y situaciones intercambiables.

## **Actividades Audiovisuales**

Las opiniones positivas fueron variadas y amplias, un mayor número de jóvenes

habló positivamente sobre algunas actividades de la intervención, una de las más mencionadas tiene que ver con una variedad de Tic's: la presentación del tema en forma de audio-relato (audiolibro), *El diario de Clara*: "Pues, que lo podías escuchar, o sea que no lo tenías que leer, y aparte estaba muy bonita la historia, como que interesante y romántica y todo eso, y no nada más (hablaba) de la enfermedad", "eso del Diario de Clara, se llamaba, estaba bien padre, eso que pusieron".

A partir de esto hubo intervenciones muy enfáticas, con la sugerencia de que el contenido de la información también tuviera audio: "O sea que, en lugar de leerlo, sea más fácil que alguien me lo diga, que me lo lean jajajá, así le pongo más atención".

Ese elemento de presentar el tópico eje (VIH y sida), valiéndose de diversos formatos: verbales, visuales, auditivos, cromáticos, performance, juego de roles, etc. abre un sugestivo campo para introducir mejoras en la plataforma, haciéndola depender menos de la palabra escrita, del colorido frío y el formato rígido, diversificándola con una variedad de lenguajes y formas.

Varios alumnos señalaron que las sesiones que les permitían la interacción eran las actividades más agradables: "A mí me gustó cuando teníamos que hacer dibujos en una cartulina y que dábamos retos o algo así, eso estaba padre". Las actividades de opción también tuvieron una buena aceptación "vienen las tarjetitas... era información e /indicaban/ pon verdadero o falso, o sea hacia qué lado enfocas... Eso te ayuda mucho a que se te quede más".

## **Recomendaciones a la intervención**

La información que se obtuvo mediante los grupos focales fue amplia y valiosa.

Las voces que se escucharon en esta parte fueron muy participativas y se obtuvo una gran cantidad de secuencias discursivas (665 en total). De dichas secuencias se desprenden valiosas recomendaciones que los estudiantes y maestros expresaron en sus participaciones.

Dentro del aspecto de la interacción de usuario-plataforma presentaron diversas sugerencias. Les gustaría que se incorporara un *Psicólogo on line*, experto, especializado en el tema de la intervención, que brindara asesoría, ya sea mediante un chat. Se mencionó también que existiera un *Chat Room*, que llevara al debate o a la expresión viva la discusión del tema, así como un *Inbox*, que permitiera a los usuarios, de manera privada y discreta, expresar dudas e inquietudes al experto; “grupos de charla con especialistas”, “Un tipo de foro estaría padre, con una persona que resolviera dudas. Al igual puedes llevar el capítulo que te toque hoy en la plataforma y que haya un foro donde comenten lo que vieron y que se resuelvan las dudas”. “Y, si no, mientras que dejen el [mensaje en el] inbox y ya les contesto”.

También mencionaron que les gustaría que dentro del menú de la plataforma existiera un *directorio*, incluso links de diversos centros especializados en temas relacionados con la intervención, los cuales en algún momento determinado pudieran ser de utilidad: “Que tuviera como información de centros, o sea, por así decirlo, si se contagió de algo que tenga, o sea que sepa dónde acudir, o si está embarazada y no sabe qué hacer, o sea que tenga teléfonos, que tenga lugares a dónde ir”. “Pero que sí venga cómo comunicarte, porque algunas tienen su página, pero no viene número, ni dirección, ni nada y lo andas buscando y no hallas cómo hacer”.

Las recomendaciones a la intervención también estuvieron encaminadas al tema de los instrumentos, donde sugirieron realizarla en diferentes sesiones, para que no les pareciera tan extensa, eliminar las fallas del envío y que la información se guarde una vez que hayan contestado.

También les gustaría que se agregaran notas y personajes para hacerla atractiva: “20 preguntas y, luego, ya un tema, y luego ya”. “O que no haya fallas de que los tengamos que volver a contestar todos”. “O que se queden las mismas respuestas porque a veces, por ejemplo, ya la mandabas, pero haz de cuenta que te volvía a aparecer todo en blanco, y ya no sabías si se había contestado y lo volvías a contestar y lo volvías a enviar, entonces ya no sabías qué contestaste y qué no”. “O, en las preguntas, igual para no hacerlas, que [no] se vieran tan

tediosas poner monitos con alguna nota o cosas así que estuvieran diciendo cosas”.

Otras de las recomendaciones más sobresalientes por parte de los jóvenes fue que les gustaría que se implicara a los padres dentro de la intervención, en actividades especiales y proporcionándoles información que pudiera ser de su utilidad: “O, no tanto [en la] plataforma, puede ser una sesión en la que, por ejemplo, con ayuda de tus padres o pregúntale o invita, o sea que sea una... no tanto que sea plataformas para los papás, sino que de repente una sesión por cada así, o tres, cuatro entre todo el programa”. “O, hay papás que son de vida muy antiguas, y de que no, está mal, no debes estar ni siquiera leyendo eso, no debes estar haciendo eso, cuando es información que te va a servir a lo largo de tu vida, pero hay papás que es de que no, no, no y no los sacas [de ahí], entonces es hacerlos que comprendan un poco que, por ejemplo, ya ahorita es muy fácil, hay mucha gente que se contagia y todo, y pues tú si no sabes pues vas directo a contagiarte, pues”

Otras sugerencias importantes fueron las referentes a la mejora del diseño de la plataforma con ventanas más accesibles, hipervínculos y un menú más llamativo: “Que haya ventanas fáciles, ventanas directas, no que una te lleve a otra y así sucesivamente, luego ya te olvidas de en cuál estabas”. “Que sea como las presentaciones que haces en *Power Point*, que traen hipervínculos, que [ordena] los temas y nada más picas así y te regresas otra vez, pero no que te regreses todo”. Incluso la tipografía o la calidad de las fuentes fue advertida su posible mejoramiento: “Sí, a las letras. Porque todo es negro y luego en chiquitas y luego es como que... no pues déjame buscarla”.

Varios alumnos mencionaron que les gustaría que hubiera un procedimiento de certificación para ellos, donde una vez que completaran su capacitación, estuvieran certificados para poder impartir la intervención a un mayor número de jóvenes, de esta manera se convirtiera la intervención en una especie de cadena que se pudiese ir multiplicando: “A mí sí me gustaría que hubiera como otro nivel más, que te capacitaran un poco más e ir a tu comunidad y decirles: esto pasa. Podemos hacer esto, pero que te certifiquen para que hagas eso”. “Yo digo que



tendríamos que empezar por secundarias o primarias de sexto, porque ya los jóvenes empiezan desde muy chicos con las relaciones sexuales”. “Es otro método de aprendizaje, te lo enseñan, tú te lo aprendes bien y ya lo enseñas a alguien”.

Otra de las recomendaciones fue que les gustaría que a lo largo de la intervención hubiera evaluaciones, para poder saber si lo que piensan es correcto o saber si han adquirido algún conocimiento: “Que haya una evaluación para verificar cuánto aprendió el participante, porque ahorita a lo mejor ya se les olvidó a algunos participantes algo de la información. Entonces que vea qué información ya está concreta en el participante y qué otra no, mediante una evaluación final”. “Que te califique para ver cómo andas”. “Que nos pongan la prueba”. Por otro lado, algunos jóvenes sugirieron ampliar la información, agregando datos interesantes y que se incluyeran en la intervención otras enfermedades aparte del sida: “Me metería más a fondo, porque se me hizo algo superficial, que viniera más información que no sepas. Por ejemplo lo del sida, que después de diez años se te diagnostica eso yo no sabía y lo aprendí, y pues yo me metería con más detalles”. “O sea enriquecer más, o sea que no se enfoquen solo en el VIH”.

Finalmente, un dato que aportaron los jóvenes fue en relación a la deserción del programa de algunos de sus compañeros, donde expresaron que probablemente se dio por tener otras ocupaciones, sobre todo de ámbito académico, como tareas y exámenes: “Tenía un compañero que también no terminó y fue porque pues también tiene otras cosas que hacer”. Otros jóvenes mencionaron que tal vez algunos de sus compañeros desertaron de la intervención por pensar que todas las sesiones serían como la encuesta que respondieron al inicio: “Como que aburrido, porque pensaron que iba a ser otra vez contestar un chorro de preguntas”.

## **Rediseño**

A partir de las sugerencias de los grupos focales, nos dimos a la tarea de rediseñar la plataforma, nombrándola *Re-conéctate*, introduciendo las mejoras que a varios niveles nos permitieran hacerla más accesible, con mejores contenidos y con una

presentación menos rígida.

Asimismo introducimos cambios relevantes como la combinación de colores cálidos y fríos, la ampliación de la gama de colores, buscando un equilibrio entre los tonos, mejoramos las animaciones interactivas (“Elección de Imágenes”), se introdujeron videos (“Historia de Mulán”, “Una historia de Amor”, “Resiliencia”, etc.), introducimos musicalización y audios de voz acompañando los textos, un mayor número y variedad de juegos (“ITS Invaders”, “Busca Mitos”, “Pac-Man”, “Buble Shooters”, etc.), así como una mayor eficacia en su inter-relación con los usuarios.

Sin considerar aún agotados todos los cambios necesarios, sugeridos por los grupos focales mediante la operación dialogante, pues algunos requieren el rediseño codificado de la plataforma, para introducir por ejemplo un Consultor en *chat* o la interacción con el Psicólogo en línea, o vínculos y *links* externos que complementen o profundicen la información. Este rediseño busca ser un primer mejoramiento de la intervención, dándole mayor peso a la plataforma y su interacción con el usuario en línea.

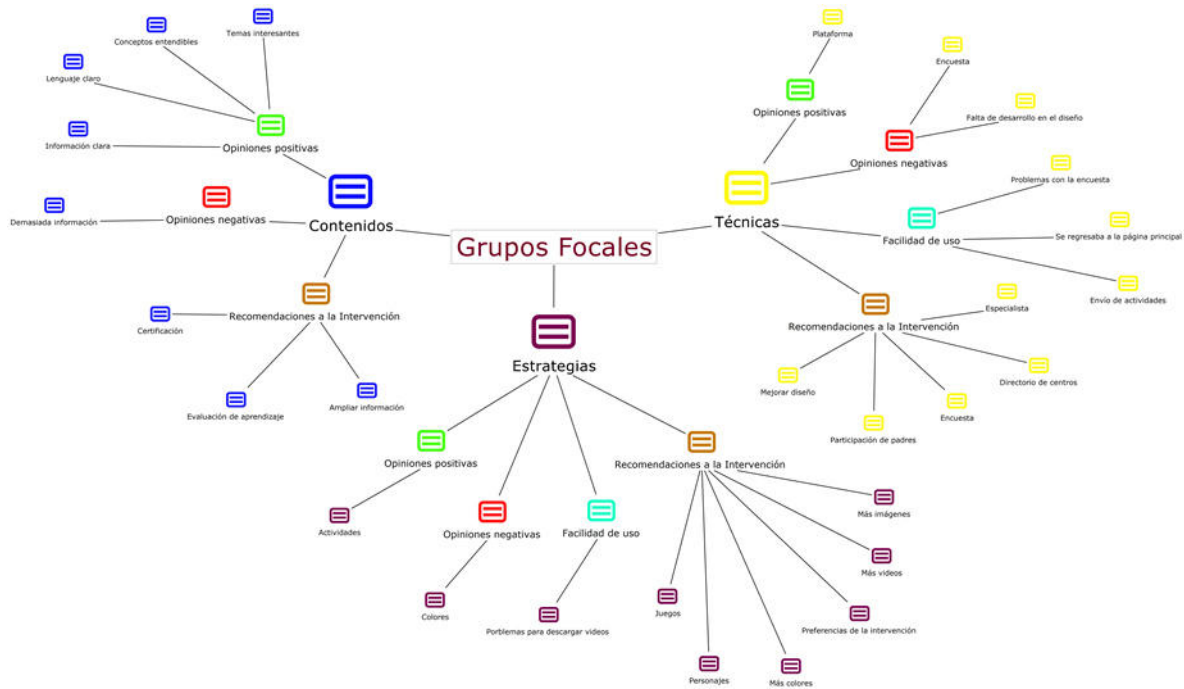
El rediseño del programa se realizó en Moodle, que es una plataforma de aprendizaje diseñada para proporcionarle a educadores, administradores y estudiantes un sistema integrado único, robusto y seguro para crear ambientes de aprendizaje personalizados. Elegimos esta plataforma ya que como señalan en su sitio web es una interfaz simple y fácil de usar, además de ser gratuita y sin cargos por el uso de licencias (Moodledocs, 2018).

Esta plataforma permite ser personalizada de acuerdo a las necesidades requeridas, en este caso permitió poder integrar los resultados y sugerencias de los participantes, obtenidos en la evaluación con los grupos focales, para buscar que los usuarios puedan tener una mejor interacción con el programa.

A continuación se muestra el mapa del sistema de códigos que se hizo con el software de MaxQDA, que permitió el análisis de los contenidos.

Figura 1.

Mapa del sistema de códigos del análisis de los grupos focales



## Los cambios en actividades Re-conéctate

De manera detallada se presentan los cambios (ver las Tablas comparativas) del conjunto de actividades contenidas en el Programa *Conéctate* y su conversión o Rediseño en el Programa *Reconéctate*.

En general, en el paso del programa presencial a un programa interactivo instalado en la plataforma WEB/Moddle, realizamos un rediseño de la animación en cada una de las actividades, introduciendo video con audio, texto y musicalización para hacerlo más atractivo al usuario. Asimismo, cuando la actividad lo ameritaba, introdujimos juegos interactivos, que reforzaran la actividad. También se realizó la corrección gramatical y ortográfica del programa. Paso a detallar los cambios operados partir del rediseño de dichas actividades.

En la actividad introductoria agregamos en la plataforma WEB el mensaje

de bienvenida en cuadros de diálogo. Lo pusimos también en forma de audio y se incluyó un acuerdo de conformidad en la plataforma. Asimismo, sobre las instrucciones de uso de la plataforma, se incluyó un tutorial (con audio y texto).

Toda la información sobre ITS, VIH y sida se incluyó en la plataforma, haciendo más atractiva su presentación mediante animación, video, audio y texto.

En la actividad “Verdades y Mitos”, que en la forma presencial se hacía mediante tarjetas, en la plataforma Moodle se rediseñó explicando las diferencias entre verdades y mitos. Se incluyó también un cuestionario de autoevaluación. Audio de voz y musicalización también fueron incorporados. El juego “Busca Mitos” se introdujo como elemento de reforzamiento.

En la actividad del “Uso Correcto del Condón” se incluyó un video, “El juego del Condón”, reforzando la importancia de su uso correcto y preventivo.

“La Sexualidad en los Adolescentes” se rediseñó en la plataforma WEB/Moodle, mediante la animación, audio, texto y musicalización. Como parte complementaria, se introdujo el juego de “El Ahorcado”.

“El Ciclo Menstrual” pasó a la plataforma mediante un video, el rediseño de la animación, con audio, texto y musicalización. Se introdujo el juego de “El Ciclo Menstrual”.

La actividad “Con riesgo o sin riesgo” pasó a la plataforma WEB rediseñando la animación sobre las conductas de riesgo sexual, incluyendo audio, texto y música.

En “Aprendiendo sobre Sexo Seguro” también se rediseñó la animación, y se acompañó de audio de voz, texto y música. La introducción del juego de “Pac-Man” refuerza la huida a las ITS.

“La Historia de Clara”, originalmente con una duración de 60 minutos, se rediseñó en la plataforma WEB mediante una animación y video, compactándola en 14:45 minutos. Se le adaptó también audio de voz, texto y musicalización.

La actividad “Cómo me sentiría” pasó a la plataforma mediante un rediseño de la animación sobre situaciones de riesgo y el uso de la inteligencia emocional, incluyéndose también audio, texto y música. El juego de “Los Gestos” complementa esta actividad.

“Viajando hacia la Inteligencia Emocional” pasó a la plataforma mediante el rediseño de la animación sobre los elementos de la inteligencia emocional, incluyendo audio, texto y música.

En la actividad “Conociendo mis necesidades básicas”, se rediseñó en la plataforma la animación, con audio de voz, texto y música. El juego de “Hunga”, refuerza el autoconocimiento de las necesidades elementales.

La actividad “Conociéndome” se rediseñó en la plataforma mediante la animación en torno a la identificación de cualidades y defectos del adolescente. Se incluyó audio de voz, texto y musicalización. También fue incorporada la “Hoja de Trabajo” para identificar cualidades.

En “Mi Familia” se rediseñó la animación, se introdujo audio de voz, texto y música.

La actividad “Destapa, Tapa y Encuentra” se rediseñó en la plataforma mediante la animación dinámica de las imágenes. Se introdujo audio de voz, texto y ambientación musical.

La actividad “Palabras Claves de la Educación Efectiva” rediseña en la plataforma WEB/Moodle la animación, se le incorpora voz, texto y música. El juego de “El Ahorcado” refuerza los conceptos de educación efectiva.

La actividad “Carro sin Riesgo” se rediseñó mediante la animación de planear una vida sin riesgo. Se introdujeron voz, texto y música.

La actividad “Imaginemos” nos hizo rediseñar la animación con la técnica de la invención mental; también incluimos audio, visualización, música, voz y texto.

En la actividad “Mi Proyecto” se rediseñó en la plataforma la animación acerca de la realización de proyectos personales. Se le adaptó audio de voz, textos y música. Como complemento reforzador se le incorporó el juego de “Tetris”.

La actividad “Revista Sexualidad Segura” implicó en la plataforma el rediseño de la animación sobre toma de decisiones, se incluyó la “Hoja de Trabajo” en la animación y se le adaptó audio de voz, texto y musicalización.

En la actividad “Habilidades Sociales” se rediseñó en la plataforma la animación para desarrollar habilidades de protección ante situaciones de riesgo. Se le adaptó audio de voz, texto y musicalización ambiental. Se diseñó

especialmente para esta actividad el juego de “Habilidades Sociales”.

Para la “Ruleta de la Vida” se rediseñó en la plataforma WEB la animación sobre la toma de decisiones.

En la actividad “Ayudando a Paco” se rediseñó la animación para reforzar la toma de decisiones adecuadas ante situaciones de riesgo. Se le incorporó audio de voz, texto y música.

La actividad de “Los dos Caminos” ocupó el rediseño de la animación sobre la toma de decisión ante las relaciones sexuales. Se incluyó la “Hoja de Trabajo” en la animación, así como audio de voz, texto y musicalización.

En “Resistiendo la Presión de los Amigos” implicó el rediseño de la animación sobre la superación de la presión externa a realizar prácticas sexuales de riesgo. Se incluye la “Hoja de Trabajo” en la animación, así como se realizó la adaptación sincronizada de voz, texto y musicalización.

La actividad de “Comunicación” pasó a la plataforma mediante el rediseño de la animación de los componentes comunicativos y la mejora de relaciones interpersonales, así como la adaptación de voz, texto y música.

La actividad “Mirarse a los Ojos” implicó rediseñar en la plataforma la animación sobre la comunicación interpersonal, así como la sincronización del audio de voz, texto y música.

La actividad “Comunicación en Familia” pasa a la plataforma mediante el rediseño de la animación sobre prácticas funcionales y disfuncionales en la adquisición de una comunicación adecuada. Se incluyó la “Hoja de Trabajo” dentro de la animación, así como la adaptación de voz, texto y música.

La actividad “Aprendiendo a ser Asertivo” implicó el rediseño en la plataforma WEB de la animación sobre diversos tipos de conducta, entre ellos la conducta habilidosa para protegerse de situaciones de riesgo sexual. Se le adaptó asimismo audio de voz, texto y musicalización ambiental. Como complemento se introdujo el juego de “Bubble Shooter”.

La actividad “Pensar rápido y Actuar bien” pasó a la plataforma rediseñando la animación para identificar distintos tipos de conducta: asertiva, pasiva, agresiva. Se le sincronizó audio de voz, texto y musicalización.

La actividad “El Navío” transitó a la plataforma con el rediseño de la animación para tomar respuestas asertivas ante situaciones de riesgo sexual. Se incluyó en la animación la “Hoja de Trabajo”, así como una sincronización de audio, texto e instrumentación musical.

“Discutiendo sobre Valores” se rediseño en la plataforma mediante la transformación de la animación sobre valores que influyen en una conducta sexual segura. Se introdujo también el juego de “Valores”.

En la actividad “Mulán” se rediseño la animación de la introducción. También el video de “Mulán”, sintetizándolo. Se introdujo música, voz y texto sincronizados.

En “Una Historia de Amor” se reestructuró la animación sobre el valor de la relación de pareja. Se diseñó el video “Una historia de amor” y se le adaptó música, voz y textos.

En la actividad “Aprendiendo a Amar”, se rediseño en la plataforma la animación sobre la importancia del amor y sus valores. Se sincronizaron el audio de voz, los textos y la musicalización. Se introdujo como reforzamiento de la actividad el juego de “Diferencias”.

En el “Afrontamiento Positivo” el rediseño en la plataforma consistió en la reformulación de la animación sobre afrontamiento en situaciones de riesgo sexual. Los carteles y “Hoja de Trabajo” de la versión presencial se incluyeron en la animación en la WEB. Se le adaptó música, audio y texto.

La actividad “RESI QUÉ” se conjuntó con “HACIA LA RESILIENCIA” en una sola. Se diseñó un video, se le adaptó musicalización, audio de voz y textos.

El “Role Play” pasó a la plataforma como reforzamiento de lo aprendido. Para hacer más atractiva esta actividad, se le sincronizó audio de voz, textos e instrumentación musical.

“Finalizar Actividades” pasó a la plataforma mediante el diseño de la animación sobre la conclusión y cierre de programa. Se introdujo una invitación al Foro interactivo, que permita la retroalimentación de emociones y experiencias vividas durante el programa.

En el rediseño del programa también se incluyeron los instrumentos del primer programa que fueron modificados basándonos en los resultados arrojados

en esta investigación que permitirán realizar el pre test y pos test una vez que se implemente el rediseño de la intervención, con la finalidad de mejorar la experiencia de los usuarios al momento de responderlos. (Ver ANEXO 1).

A continuación, se muestra una tabla comparativa de la primera versión del programa y de la última versión realizada con el rediseño:

Tabla 1.

*Comparación de la primera versión del programa (Conéctate) y la última con el rediseño (ReConéctate).*

SESIÓN 1	PRIMERA VERSIÓN	REDISEÑO/PLATAFORMA WEB
	PRESENCIAL	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A COMENZANDO	<p>Bienvenida e introducción descrita en el manual.</p> <p>Actividad llevada de manera presencial.</p>	<p>El mensaje de bienvenida e introducción al programa se agregó a la plataforma web en cuadros de diálogo.</p> <p>Audio del mensaje de bienvenida.</p> <p>Se incluye el Acuerdo de Confidencialidad en la Plataforma Web.</p>
ACTIVIDAD B USO DE LA PÁGINA WEB	De manera presencial se les da la información referente al proceso del uso de la página web.	Se incluye un Tutorial con instrucciones en texto y en audio que explica cómo hacer uso de la página web.
ACTIVIDAD C APRENDIENDO SOBRE ITS Y VIH/SIDA	De forma presencial se da la información sobre ITS, VIH y sida, estableciendo	La información sobre ITS, VIH y sida, así como el fundamento teórico, se dan dentro de la plataforma web. Por medio de: Audio (ITS/VIH). Animación (ITS/VIH).



	un fundamento teórico	Video que refuerza la información Juego ITS Invaders.
ACTIVIDAD D VERDADES Y MITOS	<p>La actividad se realiza utilizando tarjetas con verdades y mitos relacionados con la infección de ITS/VIH, de manera presencial.</p> <p>Por equipos los adolescentes identifican y deciden si la información que tienen en cada tarjeta es una verdad o un mito de las ITS/VIH</p>	<p>Se incluyó una animación en la plataforma web, explicando las diferencias entre verdades y mitos de ITS/VIH.</p> <p>Se incluyó en la plataforma un cuestionario para evaluar si el adolescente comprendió la actividad.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego Busca Mitos al finalizar la actividad.</p>
ACTIVIDAD E EL BAILE	De forma presencial se realiza la dinámica del baile, que tiene como objetivo fomentar en el adolescente la necesidad de protegerse ante enfermedades de transmisión sexual.	<p>La actividad se desglosa en la plataforma web buscando el mismo objetivo que de manera presencial.</p> <p>Se presenta una animación con la información de la importancia de las medidas preventivas ante ITS.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>

		Dinámica interactiva, donde el joven elige las imágenes de las personas con las que le gustaría bailar y aparecen distintos mensajes de manera azarosa.
ACTIVIDAD F USO CORRECTO DEL CONDÓN	De manera presencial se da la información referente al uso del condón.  Con ayuda de un cartel el facilitador modela los pasos que se deben seguir colocando correctamente un condón, auxiliándose de la información descrita en un cartel.	Se incluye un video con el modelado y explicación del correcto uso del condón  Juego del Condón. Refuerza la importancia de utilizarlo para prevenir embarazos.

Tabla 2.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la segunda sesión.*

SESIÓN 2	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A SEXUALIDAD EN LA ADOLESCEN CIA	Animación en la plataforma con la información sobre la sexualidad en la adolescencia.	Se da la información sobre la sexualidad en la adolescencia por medio de:  Audios acompañando el texto.  Animación.

		<p>Juego del ahorcado. Refuerza la información proporcionada.</p> <p>Musicalización.</p>
<p>ACTIVIDAD B CONOCIENDO EL CICLO MENSTRUAL</p>	<p>Video del Ciclo menstrual.</p> <p>Animación con información del ciclo menstrual.</p> <p>Hoja de trabajo que se abre fuera de la plataforma para reforzar la actividad.</p>	<p>Video del Ciclo Menstrual.</p> <p>Rediseño de animación del ciclo menstrual.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego del ciclo menstrual.</p>
<p>ACTIVIDAD C CON RIESGO O SIN RIESGO</p>	<p>Animación sobre las conductas sexuales de riesgo.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos) para reforzar la actividad.</p>	<p>Rediseño de animación sobre las conductas sexuales de riesgo.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
<p>ACTIVIDAD D APRENDIENDO SOBRE SEXO SEGURO</p>	<p>Animación con información sobre sexo seguro</p>	<p>Rediseño de animación sobre sexo seguro.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego de Pac-man, haciendo alusión a la huida de las ITS.</p>
<p>ACTIVIDAD E CLARA: UNA HISTORIA DE SILENCIOS</p>	<p>Animación con audio de la historia de Clara, con</p>	<p>Animación introductoria a la historia de Clara.</p>

	<p>duración de 60 min.</p> <p>Hoja de trabajo sobre la historia (fuera de dokeos).</p>	<p>Se realizó un video que describe la historia de Clara, simplificando la historia a una duración de 14:45 minutos.</p> <p>Diseño de musicalización para el video.</p> <p>Audio de voz que acompaña el texto.</p>
--	--	--

Tabla 3.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la tercera sesión.*

SESIÓN 3	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A CÓMO ME SENTIRÍA	Animación sobre las distintas situaciones que propician comportamientos de riesgo e identificación de la inteligencia emocional.	<p>Rediseño de animación sobre las distintas situaciones que propician comportamientos de riesgo e identificación de la inteligencia emocional.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego de Gestos. Refuerza la identificación de emociones.</p>
ACTIVIDAD B VIAJANDO HACIA LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	Animación y dinámica sobre los elementos de la inteligencia emocional.	<p>Rediseño de animación y dinámica sobre los elementos de la inteligencia emocional.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>

<p>ACTIVIDAD C CONOCIENDO MIS NECESIDADES BÁSICAS</p>	<p>Animación de los niveles de las necesidades básicas.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Rediseño de animación de los niveles de las necesidades básicas.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego de Hunga sobre necesidades básicas.</p>
<p>ACTIVIDAD D CONOCIÉNDO ME</p>	<p>Animación sobre cómo ayudar a los adolescentes a reconocer sus cualidades y defectos para aprender a manejarlos.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Rediseño de animación sobre cómo ayudar a los adolescentes a reconocer sus cualidades y defectos para aprender a manejarlas.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Se incluyó en la plataforma la hoja de trabajo donde se identifican las cualidades.</p>
<p>ACTIVIDAD E MI FAMILIA</p>	<p>Animación que permite al adolescente reconocer a los miembros de su familia como parte de sus recursos externos de protección contra el VIH y el sida.</p>	<p>Rediseño de animación que permite al adolescente reconocer a los miembros de su familia como parte de sus recursos externos de protección contra el VIH y el sida.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
<p>ACTIVIDAD F DESTAPA, TAPA Y ENCUENTRA</p>	<p>Animación para ejercitar la agilidad mental.</p>	<p>Rediseño de animación para ejercitar la agilidad mental.</p>

		<p>Corrección de imagen en dinámica.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
--	--	--

Tabla 4.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la cuarta sesión.*

SESIÓN 4	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A PALABRAS CLAVES DE LA EDUCACIÓN AFECTIVA	Animación con conceptos de la educación afectiva para fortalecer la capacidad para decidir por una conducta sexual sin riesgo.	<p>Rediseño de animación con conceptos de la educación afectiva para fortalecer la capacidad para decidir por una conducta sexual sin riesgo.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego del Ahorcado, para reforzar los conceptos de educación afectiva.</p>
ACTIVIDAD B EL CARRO SIN RIESGO	Animación de la identificación de recursos de apoyo interno y externo que se poseen para planear la vida sin riesgo.	<p>Rediseño de animación de la identificación de recursos de apoyo interno y externo que se poseen para planear la vida sin riesgo.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
ACTIVIDAD C IMAGINEMOS	Animación con la técnica de	Rediseño de animación con la técnica de imaginación mental.

	<p>imaginación mental.</p> <p>Audio de visualización.</p>	<p>Rediseño de audio de visualización, incorporándole musicalización.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
ACTIVIDAD D MI PROYECTO	<p>Animación con pasos para realizar proyectos personales.</p>	<p>Rediseño de animación con pasos para realizar proyectos personales.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego Tetris como complemento de la actividad.</p>
ACTIVIDAD E REVISTA SEXUALIDAD SEGURA	<p>Animación sobre la toma de decisiones y la autoeficacia.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Rediseño de animación sobre la toma de decisiones y la autoeficacia.</p> <p>Se rediseñó la hoja de trabajo y se incluyó en la animación.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>

Tabla 5.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la quinta sesión.*

SESIÓN 5	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A HABILIDADE	Animación con herramientas	Rediseño de animación con herramientas para

S SOCIALES	para desarrollar habilidades sociales que permitan la protección contra situaciones de riesgo sexual.	desarrollar habilidades sociales que permitan la protección contra situaciones de riesgo sexual.  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.  Juego de habilidades sociales
ACTIVIDAD B LA RULETA DE LA VIDA	Animación sobre la toma de decisiones, para modular conductas socialmente habilidosas.	Rediseño de animación sobre la toma de decisiones, para modular conductas socialmente habilidosas.
ACTIVIDAD C AYUDANDO A PACO	Animación para reforzar la toma de decisión adecuada en situaciones de riesgo sexual.	Rediseño de animación para reforzar la toma de decisión adecuada en situaciones de riesgo sexual.  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
ACTIVIDAD D LOS DOS CAMINOS	Animación de la evaluación de las ventajas y desventajas de la toma de decisión de tener relaciones sexuales.  Hoja de trabajo (fuera de dokeos).	Rediseño de animación de la evaluación de las ventajas y desventajas de la toma de decisión de tener relaciones sexuales.  Se incluyó la hoja de trabajo en la animación.  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.



ACTIVIDAD E RESISTIENDO LA PRESIÓN DE LOS AMIGOS	Animación sobre cómo resistir la presión que ejercen los amigos para realizar prácticas sexuales de riesgo.  Hoja de trabajo (fuera de dokeos).	Rediseño de animación sobre cómo resistir la presión que ejercen los amigos para realizar prácticas sexuales de riesgo.  Se incluye la hoja de trabajo dentro de la animación. Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
---	---	--

Tabla 6.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la sexta sesión.*

SESIÓN 6 COMUNICACIÓN EFICAZ	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A COMUNICACIÓN	Animación que permite la aplicación de los componentes de la comunicación para mejorar las relaciones interpersonales	Rediseño de animación que permite la aplicación de los componentes de la comunicación para mejorar las relaciones interpersonales  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
ACTIVIDAD B MIRARSE A LOS OJOS	Animación que demuestra la importancia de la comunicación.	Rediseño de animación que demuestra la importancia de la comunicación.  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
ACTIVIDAD C COMUNICACIÓN	Animación que pone en	Rediseño de animación que pone en práctica la

<p>ÓN EN FAMILIA</p>	<p>práctica la comunicación funcional y disfuncional, para adquirir habilidades para establecer una comunicación adecuada. Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>comunicación funcional y disfuncional, para adquirir habilidades para establecer una comunicación adecuada.</p> <p>Se incluye la hoja de trabajo dentro de la animación. Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
<p>ACTIVIDAD D APRENDIEND O A SER ASERTIVO</p>	<p>Animación sobre los diversos tipos de conducta y la importancia de desarrollar la conducta socialmente habilidosa que ayude a protegerse de situaciones de riesgo sexual para ITS, VIH y sida.</p>	<p>Rediseño de animación sobre los diversos tipos de conducta y la importancia de desarrollar la conducta socialmente habilidosa que ayude a protegerse de situaciones de riesgo sexual para ITS, VIH y sida.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego de Bubble Shooter para complementar actividad.</p>
<p>ACTIVIDAD E PIENSA RÁPIDO Y ACTÚA BIEN</p>	<p>Animación para identificar distintos tipos de conducta: asertiva, pasiva y agresiva.</p>	<p>Rediseño de animación para identificar distintos tipos de conducta: asertiva, pasiva y agresiva.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
<p>ACTIVIDAD F EL NAVÍO</p>	<p>Animación para fomentar la capacidad de dar respuestas</p>	<p>Rediseño de animación para fomentar la capacidad de dar respuestas asertivas ante presiones de otros para</p>

	<p>asertivas ante presiones de otros para tener conductas de riesgo sexual.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>tener conductas de riesgo sexual.</p> <p>Se incluye la actividad de la hoja de trabajo en la animación.</p> <p>-</p> <p>udios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
--	---	--

Tabla 7.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la séptima sesión.*

SESIÓN 7	PLATAFORMA WEB/DOKEOS	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A DISCUTIENDO SOBRE VALORES	<p>Animación sobre valores que influyen en la conducta sexual segura.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Rediseño de animación sobre valores que influyen en la conducta sexual segura.</p> <p>Juego de valores.</p>
ACTIVIDAD B MULÁN	<p>Animación de reflexión sobre las ventajas de los valores familiares y personales en la relación de pareja.</p> <p>Película Mulán.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Rediseño de animación introductoria.</p> <p>Diseño de video con historia de Mulán sintetizada.</p> <p>Diseño de musicalización para el video de Mulán.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p>
ACTIVIDAD C UNA HISTORIA	<p>Animación con historia que promueve la reflexión sobre el</p>	<p>Rediseño de animación con historia que promueve la reflexión sobre el valor en la relación de pareja.</p>

DE AMOR	<p>valor en la relación de pareja.</p> <p>Hoja de trabajo (fuera de dokeos).</p>	<p>Diseño de video de “Una historia de amor”</p> <p>Diseño de musicalización para el video de “Una historia de amor”</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego “Escalar por amor”</p>
ACTIVIDAD D APRENDIENDO A AMAR	<p>Animación para promover la valoración de la importancia del amor genuino y la relación de pareja basada en valores familiares y personales.</p>	<p>Rediseño de animación para promover la valoración de la importancia del amor genuino y la relación de pareja basada en valores familiares y personales.</p> <p>Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.</p> <p>Musicalización.</p> <p>Juego de diferencias.</p>

Tabla 8.

*Comparación de primera versión del programa y el rediseño de la octava sesión.*

SESIÓN 8	PRESENCIAL	PLATAFORMA WEB/MOODLE
ACTIVIDAD A AFRONTAMIENTO POSITIVO	<p>De forma presencial se da información sobre estrategias de afrontamiento para emplear en situaciones de riesgo sexual.</p>	<p>Se agrega la actividad a la plataforma/web en animación con información sobre estrategias de afrontamiento para emplear en situaciones de riesgo sexual.</p>

	Se utilizaron carteles y hojas de trabajo como material para complementar la información.	Se incluyó la información de los carteles y las hojas de trabajo en la animación.  Diseño de Video con audio de voz acompañando el texto y con diseño de música.
ACTIVIDAD B RESI QUÉ	Actividad presencial de introducción al concepto de la resiliencia sexual  Se utilizaron como material para complementar la información.	Se conjuntaron las actividades B “RESI QUÉ” y la actividad C “HACIA LA RESILIENCIA SEXUAL” en una sola. Realizando una animación con la información de ambas actividades.  Video de Resiliencia  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
ACTIVIDAD C HACIA LA RESILIENCIA SEXUAL	Juego presencial para conocer más sobre la conducta sexual segura.	
ACTIVIDAD C ROLE PLAYING	Se realizó un juego de roles de manera presencial para reforzar lo aprendido en todas las sesiones del Programa.	Actividad de reforzamiento de lo aprendido en las sesiones del Programa.  Audios de voz en toda la sesión acompañando los textos.  Musicalización.
ACTIVIDAD E FINALIZAR ACTIVIDADES	Actividad para finalizar el Programa con una mesa redonda que permita a los participantes expresar sus	Diseño de animación con conclusión y cierre del programa.  Invitación a foro interactivo que permita a los participantes expresar sus sentimientos y experiencia

	sentimientos y experiencia vividas durante el programa.	vividas durante el programa.
--	---	------------------------------

A continuación, se presenta una gráfica comparativa de los temas y subtemas de los contenidos de Conéctate y Reconéctate

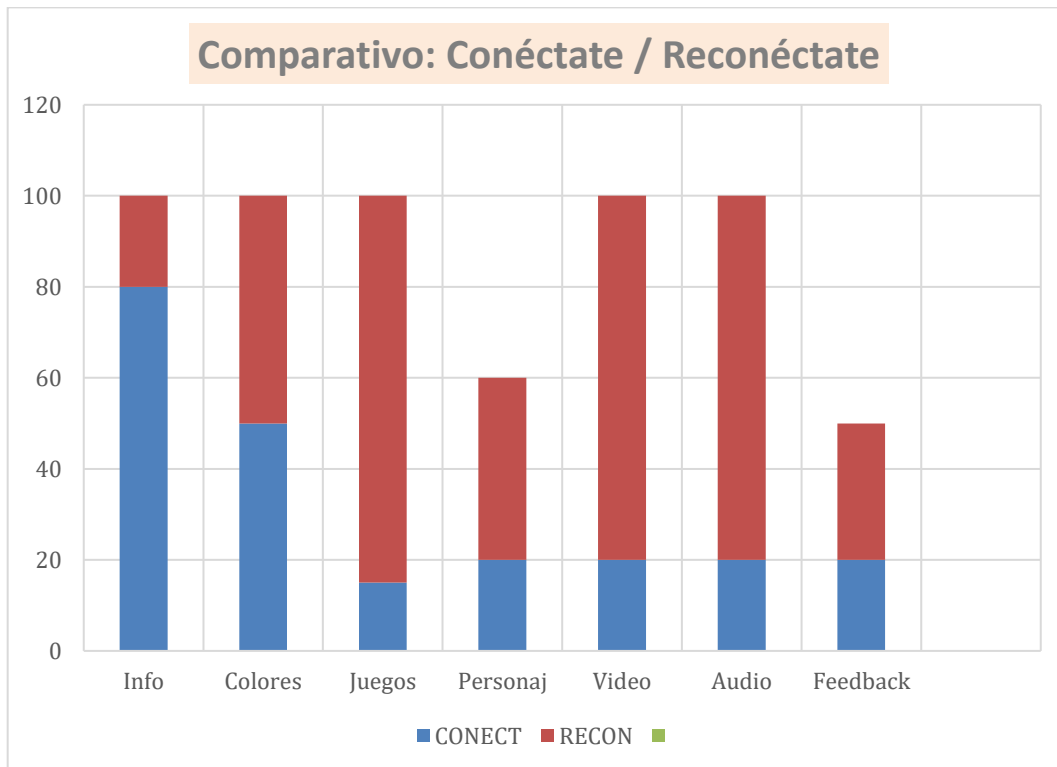


Figura 1. Gráfica comparativa de los temas y subtemas de los contenidos de Conéctate y Reconéctate

## **CAPÍTULO V**

### ***DISCUSIÓN***

La incidencia del VIH, sida, e ITS en adolescentes, lo convierte en un grupo vulnerable y de riesgo. En México casi la mitad de los casos de infección de VIH (alrededor de 202 mil anuales) se presenta en jóvenes entre los 15 y 24 años. A pesar de que los programas de prevención, tanto de salud como educativos, están dirigidos a este sector de jóvenes, desacelerando en los últimos años su ritmo de incidencia, “los jóvenes representan el tercio de personas con nuevas infecciones” (Barrios, 2012).

Hay una limitante en la visión que se tiene respecto de la prevención del VIH, ya que se ha abordado con una visión de salud pública, que enfatiza los aspectos epidemiológicos y su impacto social, dejando de lado aspectos psicológicos. Esto ha limitado la forma en que se conceptualiza la sexualidad (Juárez y Gayet, 2005) y arroja resultados deficientes, puesto que sólo un 34 por ciento de jóvenes tienen conocimiento completo de los riesgos del VIH. E incluso encontramos un desfase con la práctica y la asunción de cambios conductuales, al persistir en prácticas de riesgo (Flores, 2015). A eso habría que sumar factores culturales, tales como los roles de género, atavismos y bajos niveles educativos. Barbiere y Segura (2013) destacan el impacto de la incidencia del VIH con los niveles de educación y de pobreza.

La ausencia de acompañamiento psicológico en los programas de prevención deriva en atención escasa a la sintomatología psicológica de una enfermedad que está asociada a altos niveles de estrés, ansiedad, angustia y depresión, afectando definitivamente el estilo de afrontamiento. Esto pese al reconocimiento que hace la OMS (2008) de que la enfermedad puede estar asociada a un alto riesgo de suicidio.

La problemática de la incidencia del VIH en adolescentes ha llevado a poner el énfasis en la importancia de la educación sexual (Romero, 2001) y al impacto

positivo que tiene en adolescentes un adecuado nivel de conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS (Estupiñán, 2002).

La actual revolución tecnológica y sus medios de comunicación, en especial el internet y las apps de telefonía celular, abren un campo instrumental propicio para el campo de la salud médica y psicológica preventiva. De manera particular, la experiencia de la prevención del VIH se ha convertido en un hecho global, como lo prueban los programas *SexTextSF* en San Francisco, *Rezo* en Canadá, *Consejeros* en Japón y *Pruebas Piloto* en Chile, los cuales usan plataformas de internet y aplicaciones de telefonía celular para brindar asesoría, aunque no exclusiva, sobre el VIH e ITS.

En México el Programa *Conéctate* ha sido pionero en este campo y se ha convertido en un destacado instrumento de intervención dirigido a adolescentes. Es un programa mixto, presencial e internet, basado en el Modelo de Resiliencia Sexual y utiliza estrategias innovadoras, buscando cambios conductuales y un afrontamiento positivo, lo cual se refleja en conductas de mayor responsabilidad sexual por parte de los adolescentes, tales como el interés en la información, el uso correcto y preventivo del condón y las relaciones monógamas.

Pese a sus virtudes, *Conéctate* presenta una serie de limitaciones, en especial que se trata de un programa preventivo híbrido, con una parte aún presencial y otra en internet. Era necesario reconfigurarlo y convertirlo en un programa totalmente virtual para que lograra un mayor grado de eficacia. A ese nuevo modelo, resultado de la transformación de ese programa original, lo llamamos *Reconéctate*, reconociendo que no se partió de cero, sino de un instrumento previo que había mostrado su eficiencia.

La conversión en *Reconéctate* fue posible gracias a un exhaustivo diagnóstico derivado de la información que aportaron los *grupos focales*, cuya positiva intervención fue muy relevante. Los 40 participante, divididos en 4 grupos focales -1 de profesores, 3 de estudiantes- arrojaron una enorme cantidad de información -665 intervenciones o unidades de discurso-, acerca de tópicos centrales, como contenido, colores, personajes, juegos y actividades, que fueron sometidos a un análisis semántico que derivó en elementos de significado y



significación (Jakobson, 1984). El análisis discursivo se apoyó en el Software MaxQDA-II, el cual resultó un instrumento útil para clasificar las unidades del discurso analizadas. Un elemento de retroalimentación, que no estaba contemplado en la entrevista semidirigida con la que se trabajó en los grupos focales, fue también reiteradamente enfatizada por los participantes del muestreo diagnóstico.

De *Conéctate* a *Reconéctate* se dieron transformaciones significativas. Se podría decir que su reconversión modifica el rango previsto por Ragsdale y Baner (2015), de un 80% de cambios y un 20% que permanece del programa original, cuyas proporciones sólo se cumplen en aspectos como información, video y audios (y retroalimentación), pero cuyas proporciones se hacen más variables en el rediseño de colores (50%) o juegos (85%). Toda estructura, al variar en una o varias de sus partes, modifica su totalidad, dando lugar a una estructura cualitativamente diferente.

Quizás una limitante en nuestro método fue que los participantes están fuera del concepto de adolescente típico. Un 25% de informantes está en el rango de “super-expertos”, compuesto por profesores con formación en el área de salud. El 75% también eran participantes “expertos”, ya que eran estudiantes de preparatoria del área de salud, con conocimientos previos sobre el tema del VIH e ITS. Sin duda, hubiera sido más significativo y eficaz nuestro diagnóstico si éste abarcara un espectro más amplio y diverso, y sobre todo si se hubiera aplicado a adolescentes típicos, pertenecientes a una variedad más amplia de estratos socioculturales. Una etapa posterior de mejoramiento del programa *Reconéctate* debe incorporar un muestreo más universal, así como poner el énfasis en el elemento de retroalimentación (el chat, la app de consejería, el psicólogo o psicóloga en línea) tan reiteradamente demandado por los participantes. Pero en general, comprobamos lo acertado de nuestra pregunta inicial, en torno a la factibilidad de transformar una plataforma semipresencial en otra completamente funcional en internet.

## **CAPÍTULO VI**

### ***CONCLUSIONES***

Considerando la alta incidencia en el mundo y, en especial, en México, del VIH, el sida y otras ITS en adolescentes, se han elaborado intervenciones basadas en el Modelo de Resiliencia, que han mostrado niveles de eficiencia para reducir las conductas de exposición y de riesgo en jóvenes. Los adolescentes son un grupo particularmente vulnerable ante el riesgo de contraer VIH y sida o alguna otra infección de transmisión sexual, por lo que es importante, no solo desde el punto de vista médico, sino desde la perspectiva de la atención psicológica, la prevención y el apoyo a los jóvenes en riesgo de exposición y experiencia con estas enfermedades.

Hay contextos relevantes que influyen en los programas y acciones estratégicas enfocados en el problema del VIH y el sida. Con mayor frecuencia se ha enfocado este tema con una orientación eminentemente epidemiológica y social. Aún falta avanzar en la premisa de la importancia de la educación sexual y superar entornos culturales tradicionales que obstaculizan su comprensión; además de darle mayor relevancia a los aspectos psicológicos y conductuales, así como a la resiliencia y el nivel de afrontamiento que permitan mejorar las estrategias de prevención. La problemática del VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual es multifactorial y las estrategias de prevención y las intervenciones deben diseñarse de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Hay un impacto positivo en los adolescentes que tienen una experiencia participativa con las intervenciones preventivas. Éstas incrementan su nivel de conocimiento y de autoconciencia sobre el VIH y sida, e impactan en sus hábitos, ya sea mediante el uso del condón, la posposición de encuentros sexuales no protegidos, las relaciones monógamas, así como la adecuada comunicación con padres y expertos orientadores.

Las nuevas tecnologías de la información -en especial el internet, pero

también la telefonía celular, la mensajería de texto y plataformas como Facebook o Twitter- ofrecen medios de gran potencialidad para conectar a los adolescentes con sitios Web apropiados y especializados, que mejoren su nivel de conocimiento y transformen en sentido positivo sus prácticas preventivas sobre el VIH, el sida y otras ITS. Un uso eficaz y eficiente de las nuevas tecnologías puede ayudar en el campo de la salud y de la orientación psicológica y, aunque en nuestro país aún hay pocas experiencias y escasos estudios que focalicen el tema de la prevención, el panorama futuro puede ser muy promisorio.

Con las nuevas tecnologías de las comunicaciones -como ejemplo, el internet en México alcanzó en 2016 la cifra de 65.5 millones de usuarios- se han diseñado programas de intervención, con plataformas de información y prevención de conductas de riesgo de contagio por VIH, sida e ITS. Destacan a nivel global programas el *Midlife Women Online*, en Estados Unidos, dirigido a mujeres de mediana edad. *SexTextSF*, en el área de San Francisco, que combina una plataforma de internet con el servicio de consejería mediante telefonía celular. En Quebec, el programa *REZO* en internet, tiene secciones temáticas acerca del VIH, sida y las ITS. En Japón, el *Programa para Consejeros*, está destinado a capacitar enfermeras en temas como la contracepción e ITS. En Chile, las *Pruebas Piloto* para prevenir VIH y sida se diseñaron para mujeres entre 18 y 24 años de edad. En México destaca el programa *Bebé Virtual* en adolescentes, que aunque está fuera de los diseños de plataforma Web, es un programa interesante de tecnología robótica, destinado a cambiar la actitud ante el embarazo adolescente.

Hemos seleccionado el programa *Conéctate*, que consideramos modélico en cuanto a diseño y de rango medio de resiliencia sexual, destinado a prevenir conductas sexuales de riesgo para el VIH y sida. Con una plataforma educativa y estrategias didácticas innovadoras, el programa se desarrolla mediante 8 sesiones, combinando la forma presencial (sesiones 1 y 8) con la modalidad en línea (sesiones de 2 a 7). Es importante destacar que se trata de un modelo de resiliencia que busca promover el cambio positivo de conducta, así como el desarrollo de actividades psicoeducativas que prevengan las conductas sexuales de riesgo. Dicho modelo considera: a) los factores de riesgo que producen una influencia

negativa; y b) el riesgo individual, que tiene que ver con el afrontamiento y la respuesta a acontecimientos estresantes. El programa *Conéctate* considera el proceso mediante el cual el adolescente utiliza los recursos a su disposición y responde positivamente a las acciones preventivas, o que se verá reflejado en conductas como la abstinencia sexual, el uso del condón y la monogamia.

La evaluación y el rediseño del programa *Conéctate* y su inclusión en una plataforma WEB/Moodle bajo el nuevo nombre de *Reconéctate* se realizó en una institución de Educación Media Superior de una universidad pública -la Universidad Autónoma de Nuevo León-. Los cambios introducidos recogieron la información y valoración de los grupos focales. El método dialógico adoptado nos permitió obtener valiosa información para evaluar y realizar el rediseño de la intervención en línea, adaptándola a las circunstancias del entorno de nuestra propia realidad bio-psico-social. Comparativamente los cambios en animación de contenidos, así como la sincronización de audio, texto y musicalización mejoró sustancialmente el programa inicial presencial. Estimamos que las modificaciones abarcan un espectro variado, y aunque algunos expertos, como Ragsdale y Baner (2015), calculan que el paso de un modelo presencial a uno en internet fluctúa en el rango de 80 % de modificaciones y un 20 % de permanencia del programa previo, en nuestra conversión del programa semipresencial de *Conéctate* a otro en línea, *Reconéctate*, encontramos variaciones diferenciadas: a) Información 80-20%; b) Colores 50-50%; c) Juegos 20-80%; Personajes 20-40%; Video 20-80%; Audio 20-80%; Feedback 20-50%. (Véase: Tabla comparativa *Conéctate* / *Reconéctate*, p. 63).

Los participantes -40 en total- se organizaron en cuatro grupos: 3 grupos de 10 estudiantes cada uno, y un grupo de 10 maestros. Cada grupo estuvo dirigido por un moderador y un co-moderador u observador, que tomaba notas. Se utilizó el software MaxQDA-11 para recabar y clasificar la información, mediante unidades de análisis, considerando elementos discursivos, tanto de *significado* (o contenidos), como de *significante* (de formas, elementos técnicos, diseño formal de la plataforma). Con base en las observaciones y sugerencias, registradas en 665 secuencias de habla, obtuvimos una abundante y valiosa información que, a

grandes rasgos, se referían a contenidos o a elementos formales de la plataforma.

A partir de la codificación de esta información, nos dimos a la tarea de rediseñar el programa *Conéctate*, reconvirtiéndolo íntegramente en una plataforma de internet bajo el nuevo nombre de *Reconéctate*. En el rediseño buscamos darle una presentación menos rígida, por ello introdujimos algunos cambios cualitativos: incluimos un Tutorial para facilitar su uso; cambiamos los colores fríos, por una combinación más atractivas con colores cálidos; se mejoraron los personajes y las actividades interactivas (“Elección de imágenes”), hicimos mejoras en la animación, se compactaron e incorporaron videos (“La historia de Clara”, “Historia de Mulán”, “Una historia de amor”, etc.); se grabaron audios y secuencias musicales para combinar voz, sonido y textos; se mejoraron e introdujeron juegos (“ITS Invaders”, “Juego del Condón”, “Ciclo menstrual”, “Pac-Man”, “Buble Shooters”, etc.). Prácticamente se modificaron todas las animaciones de las actividades del programa original, sincronizando además audio, texto y musicalización para hacerlas más atractivas al usuario. En todas estas modificaciones buscamos poner énfasis en el elemento dialogante de la plataforma con el usuario.

Queda pendiente introducir elementos que mejoren aún más el *feedback* o la retroalimentación entre la plataforma y los usuarios. Los elementos a introducir sugeridos por los grupos focales serían el *Directorio*, el *Chat* y el *Inbox* con el psicólogo personalizado, y la introducción de vínculos o *links* externos, que contribuyan a complementar y profundizar la información. Nuestro rediseño busca ser el primer mejoramiento de la intervención, dándole mayor peso a la plataforma y su interacción con el usuario en línea.

# ANEXOS

## Anexo 1

### ESCALAS

#### Escala de Incertidumbre Sexual

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

“En cuanto a sexo se refiere.....”

	<i>Total ment e en desac uerdo</i>	<i>En desac uerdo</i>	<i>Parcia lmente de acuer do</i>	<i>De acu erd o</i>	<i>Total ment e de acuer do</i>
1. No estoy seguro /a acerca de lo que					

me gusta y lo que no me gusta.					
2. Un día pienso así y otro día pienso difere nte.					
3. Es difícil para mí formu lar una opinió n					

clara.					
--------	--	--	--	--	--

**Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH**

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

	<i>De acuerdo</i>	<i>Levemente de acuerdo</i>	<i>Levemente desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
1. Personas como yo no se infectan con el VIH.				
2. Las personas de mi edad				



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

### Escala de Afrontamiento Jalowiec (JCS)

Este cuestionario es acerca de cómo lidiar con el estrés, la tensión y lo que haces para manejar situaciones de estrés. En particular, estoy interesado en **cómo has hecho frente a**

**la tensión que te produce las situaciones de riesgo sexual.**

Este cuestionario enumera diferentes maneras de lidiar con el estrés. Algunas personas usan muchos métodos diferentes de afrontamiento, algunas personas usan sólo unos pocos.

Se le harán dos preguntas sobre cada una de las formas diferentes de lidiar con el estrés.

**Parte A**

**¿Cuántas veces ha utilizado ese método de afrontamiento para manejar el estrés antes mencionado?**

Para cada método de afrontamiento enlistado, rodee con un círculo un número en la parte A para mostrar la frecuencia con la que ha utilizado ese método para lidiar con el estrés antes mencionado.

El significado de los números en la parte A es la siguiente:

0 = nunca utilizado

1 = rara vez utilizado

2 = a veces utilizado

3 = a menudo utilizado

<b>Método de afrontamiento</b>	<b>Parte A</b>			
	<b>¿Con qué frecuencia has usado cada método de afrontamiento?</b>			
	Nunca Utilizado	Rara vez utilizado	A veces	A menudo

	z ado	ado	utiliz ado	utiliz ado
1. Me preocupé por el problema.	0	1	2	3
2. Me enojé y me desahugué.	0	1	2	3
3. Habló del problema con la familia o amigos.	0	1	2	3
4. Aceptaba la situación ya que muy poco se podía hacer.	0	1	2	3
5. Trató de mantener la situación bajo control.	0	1	2	3
6. Trató de salir de la situación.	0	1	2	3
7. Trató de manejar las cosas un paso a la vez.	0	1	2	3
8. Trató de distraerse haciendo algo que le gusta.	0	1	2	3
9. Trató de mantener sus sentimientos bajo control.	0	1	2	3

10. Habló del problema con alguien que había estado en una situación similar.	0	1	2	3
11. Trató de mantenerse ocupado/a.	0	1	2	3
12. Pensó en las cosas buenas en su vida.	0	1	2	3
13. Trató de pensar positivamente	0	1	2	3
14. Trató de mejorar para que pudiera manejar mejor la situación.	0	1	2	3
15. Deseaba que el problema desapareciera.	0	1	2	3
16. Se dijo a sí mismo/a que simplemente estaba teniendo algo de mala suerte.	0	1	2	3

### Escala Provisión Social para Sexo Seguro

**Instrucciones:** Al contestar las siguientes afirmaciones, por favor, ten en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar muchas cosas diferentes. Por ejemplo, el uso de condones es una forma de practicar el sexo seguro, pero también lo es el compromiso de ser monógamo/a, así como la abstinencia sexual. Considera todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indica con una X qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para ti, trata de contestarlas todas.

En el apartado de apoyo de la pareja considera la actual o la última que hayas tenido.

<i>Apoyo de la Familia</i>	<i>Tot alm ent e en des acu erd o</i>	<i>En des acu erd o</i>	<i>Ni de acu erd o ni en des acu erd o</i>	<i>De acu erd o</i>	<i>Tot alm ente de acu erd o</i>
1. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo					

seguro.					
2. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.					
3. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
<i>Apoyo de la Pareja</i>	<i>Tot alm ent e en des acu</i>	<i>En des acu erd o</i>	<i>Ni de acu erd o ni en des</i>	<i>De acu erd o</i>	<i>Tot alm ente de acu erd o</i>

	<i>erd</i> <i>o</i>		<i>acu</i> <i>erd</i> <i>o</i>		
4. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja.					
5. Mi pareja confía en mí para aconsejarla sobre sexo seguro.					
6. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema					

relacionado con el sexo seguro.					
<i>Apoyo de los amigos</i>	<i>Tot alm ent e en des acu erd o</i>	<i>En des acu erd o</i>	<i>Ni de acu erd o ni en des acu erd o</i>	<i>De acu erd o</i>	<i>Tot alm ente de acu erd o</i>
7. Puedo hablar con mis amigos/as sobre sexo seguro, si lo necesito.					
8. Mis creencias sobre la importancia					



del sexo seguro son respetadas por mis amigos/as.					
9. Mis amigos/as confían en mí para aconsejarlo/as sobre sexo seguro.					
<b>Apoyo del proveedor de salud</b>					
Al responder las siguientes afirmaciones considere que “ <i>proveedor de salud</i> ” es toda persona capacitada que te puede proporcionar información o consejo sobre sexualidad responsable (enfermera, psicólogo, médico, trabajadora social, entre otros).					
<i>Apoyo del proveedor de salud</i>	<i>Tot alm ent e en des acu</i>	<i>En des acu erd o</i>	<i>Ni de acu erd o ni en des</i>	<i>De acu erd o</i>	<i>Tot alm ente de acu erd o</i>

	<i>erd</i> <i>o</i>		<i>acu</i> <i>erd</i> <i>o</i>		
10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi proveedor de salud.					
11. Mi proveedor de salud comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
12. Puedo confiar en mi proveedor de salud para					

aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
---	--	--	--	--	--

### Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, VIH e ITS

VERDADERO o FALSO. Algunas de las siguientes oraciones son ciertas; otras son falsas. Por favor encierra en un círculo la V si piensas que la oración es VERDADERA o encierra en un círculo la F si piensas que es FALSA y el “?” si NO SABES si la oración es verdadera o falsa.

El término ITS significa Infección de Transmisión Sexual; también son conocidas como enfermedades venéreas.

V	?	F	1. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando se orina.
V	?	F	2. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.
V	?	F	3. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón.

### Escala de Autoestima de Rosenberg

En las siguientes oraciones marca (X) qué tan de acuerdo te sientes con relación en cada una de ellas.

	<i>Total ment e de Acue rdo</i>	<i>De Acu erd o</i>	<i>En Desa cuer do</i>	<i>Total mente en Desa cuerd o</i>
1. Siento que soy una persona de valor, al igual que otras personas (Comparada con otras siento que soy una persona que valgo igual que las demás)				
2. Siento que tengo un buen número de cualidades (Siento que tengo muchas cualidades)				
3. Tengo una actitud				

positiva con mi persona (Tengo una actitud positiva conmigo mismo/a)				
---	--	--	--	--

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

A continuación, se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a seleccionar

(X) el grado de seguridad que creas tener

A) <i>¿Qué tan seguro/a estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales?</i>	<i>Nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>	<i>Muy seguro/a</i>	<i>Totalmente seguro/a</i>
2. ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					

3. ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
3. ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					

### Escala de Resiliencia para Sexo Seguro

**Instrucciones:** Señala con una (X) qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás en las siguientes afirmaciones.

Considere que “Sexo Seguro” significa cosas diferentes como puede ser la práctica de la abstinencia sexual, el uso contante y correcto del condón y la monogamia; que te ayudan a no infectarte con el VIH.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con estas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/ a (ni de acuerdo, ni en desacuerdo)	D	M
---	-------------------	---------------	---	---	---

frases?				r d o	u er d o
1. Me sentiría orgulloso/a de practicar sexo seguro.					
2. Practicar sexo seguro, tiene sentido.					
3. Si tuviera un problema de riesgo sexual encontraría					

una solución.					
------------------	--	--	--	--	--

### Escala de Conducta Sexual

**Nota: Las redacté para ambos sexos.**

Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Siempre hay una respuesta que te permite dejarnos saber si has hecho ciertas cosas; y cuándo sí o no las has hecho. Por favor, sé honesto/a. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el “0”.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (vaginal, oral o anal)
  0. No
  1. Sí
2. ¿Has tenido relaciones sexuales vaginales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina de una muchacha)
  0. No
  1. Sí
3. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?
  0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
  1. \_\_\_\_\_ años
4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?



0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

Las siguientes preguntas son acerca de la última vez que tuviste relaciones sexuales. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

5. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal con un/a muchacho/a (el pene dentro del ano)?

0. No

1. Sí

6. ¿Alguna vez en la vida le has dado sexo oral a un/a muchacho/a (la boca en el pene)

0. Yo nunca le ha dado sexo oral a un/a muchacho/a.

0. No

1. Sí

7. ¿Alguna vez en la vida te ha dado un muchacho/a sexo oral (la boca en la vagina)?

0. Un/a muchacho/a nunca me ha dado sexo oral.

0. No

1. Sí

### Intenciones Sexuales

Por favor responde a las siguientes preguntas acerca de si tienes planes de llevar a cabo estos comportamientos en el próximo mes. Circula únicamente una respuesta.

1. ¿Qué tan probable es que tengas relaciones sexuales durante los próximos 3 meses?

1	2	3	4	5
<i>Muy probab</i>	<i>Pr ob abl</i>	<i>Ni probable ni</i>	<i>Impr obab</i>	<i>Muy improbab</i>

*le e improbable le le*

2. ¿Qué tan probable es que decidas utilizar algún método anticonceptivo si tienes relaciones sexuales durante los próximos 3 meses?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Muy probable</i>	<i>Pr ob abl e</i>	<i>Ni probable ni improbable</i>	<i>Impr obab le</i>	<i>Muy improbable</i>

3. ¿Qué tan probable es que utilices condón si tienes relaciones sexuales durante los próximos 3 meses?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Muy probable</i>	<i>Pr ob abl e</i>	<i>Ni probable ni improbable</i>	<i>Impr obab le</i>	<i>Muy improbable</i>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, J. (2015). *Educación sexual preventiva en adolescentes* (Tesis doctoral). UNED. Valencia, España.
- Anthony, E. K., Alter, C. F. & Jenson, J. M. (2009). Development of a risk and resilience-based, out-of-school time program for children and youths. *Social Work, 54*, 45-55.
- Anton, F. & Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología, (2)*, 344-350.
- Arrivillaga, M. & Salcedo, J. P. (2012). Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico, 10(2)*, 49-64.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 10(1)*, 53-69.
- Barguetto, M. (2018). Bases teóricas del estructuralismo. *JOUR, 1(8)*, 185-194.
- Barrantes-Brais, K., Ureña, P., Gutiérrez J. (2015). Fortalezas personales y hábitos de salud en estudiantes universitarios de Ciencia, movimiento humano. *MHSalud, 11(2)*, 20-36.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes.

*Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 86-93. doi:  
10.1590/S1020-49892001000800003

Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H. & Deschamps, J. C. (1996). *El desafío social del sida*. España: Fundamentos.

Beamish, N., Cannan, P., Fujiyama, H., Matthews, A., Spiranovic, C., Briggs, K., ... Daniels, B. (2011). Evaluation of an Online Youth Ambassador Program to Promote Mental Health. *Youth Studies Australia*, 30(2), 41-47.

Berbesi, D. Y. & Segura, A. (2013). ¿Vulnerabilidad Un término ajeno a la epidemiológica?: El caso del VIH. Colombia: Universidad CES.

Blázquez, M. S. (2012). Embarazo adolescente. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3 (1).

Boletín sobre el sida en la Argentina. (2000). Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, Sida y ETS, año VI, número 18, septiembre, Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/sida y ETS ¿Por qué son vulnerables las personas al VIH?

Byron, P., Albury, K. & Evers, C. (2013). "It would be weird to have that on Facebook": young people's use of social media and the risk of sharing sexual health information. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 35-44. doi: 10.1016/S0968-8080(13)41686-5

Campero, L., Atienzo, E. E., Suárez, L., Hernández, B. & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta médica de México*, 149, 299-307.

- Campo, C. G., Becerra, L., Cedeño, M., Uribe, G., Villa, L., Vargas, A. & Enchandia, C. (2006). Conducta sexual y anticonceptiva en estudiantes de medicina. *Revista colombiana de psiquiatría*, 3 (XXXV), 327-339.
- Castillo Arcos, L. (2012). *Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Castillo-Arcos, L., Benavides-Torres, R. A. & López-Rosales, F. (2012). Intervención por Internet para reducir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA: Una propuesta innovadora. *Desarrollo Científico Enfermero*, 20(8), 266-270.
- Center for AIDS Prevention Studies & AIDS Research Institute (UCSF). (2004). ¿Cómo opera la prevención del VIH a diferentes niveles? Recuperado de <http://caps.ucsf.edu/uploads/espanol/hojas/pdf/NivelesFS.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2018). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/438975/RN\\_Cierre\\_2018.pdf.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/438975/RN_Cierre_2018.pdf.pdf)
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2018). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN\\_D\\_a\\_mudi\\_al\\_sida2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN_D_a_mudi_al_sida2018.pdf)

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2009). *El VIH/SIDA en México 2009*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Cerrato, V. (2016). *La educación sexual entre padres e hijos adolescentes: frecuencia, contenidos y dificultades*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Chacón-Quesada, T., Corrales-González, D., Garbanzo-Núñez, D., Gutiérrez-Yglesias, J., Hernández-Sandi, A., Lobo-Araya, A., . . . Ventura-Montoya, E. (2009). ITS y Sida en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD9749.pdf>
- Córdova, J. A., Ponce de León, S. & Valdespino, J. L. (Eds.). (2009). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Curioso H. Walter, Blas, Magali (2007). Tecnología de información y comunicación para la prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24 (3), 264-272.
- DeMaria, L. M., Galárraga, O., Campero, L. & Walker, D. M. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(6), 485-493. doi: 10.1590/S1020-49892009001200003

- DiClemente, R. J. et al. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African American adolescent females (La comunicación con los padres y las conductas sexuales de riesgo entre las muchachas afroamericanas). *Journal of pediatrics*, 139, 407-412.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Wingood, G. M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. *Perspectivas*, 32(2).
- Domínguez, L. & Díaz, J. M. (2017). Enfermedades de transmisión sexual. *Seminario El ejercicio actual de la Medicina*, UNAM. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html)
- Dudley, M. (2009). An Evaluation of a Peer Education Program to Increase Sexuality Knowledge of Urban Minority Youth. *Missouri Journal of Health, Physical Education, Recreation & Dance*, 19, 112 -113.
- Dumas, Jean. (2009). Evaluation de REZO, un programme internet de prévention des ITSS et VIH/Sida destiné au HARSAH du Québec. *Santé Publique*, 21(2). 141-151. Recuperado de: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs2-page-141.htm> Doi: 10.3917/spub.098.0141.
- Estrada, J. H. (2009). Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 72-90.
- Estupiñan, M. R., Amaya, L. C. & Rojas, Y. A. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista de Salud Pública*. 14(3), 491-501.

- Ferguson, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Ferro, C. A., Martínez, A. I. & Otero, M. D. C. (2009). Ventajas del uso de las TICs en el proceso de enseñanza-aprendizaje desde la óptica de los docentes universitarios españoles. *EduTec: Revista electrónica de tecnología educativa, (29)*, 5.
- Fhon, J., Andrade K. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería universitaria, 11(4)*, 139-144.
- Flores, F., Leyva, R. (2003). Representaciones del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 45(5)*, 624-631.
- Flores, D., Ríos, R. & Vargas, M. M. (2015). *Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la comunidad San Francisco, Río Itaya - Distrito de Belén 2015* (Tesis doctoral). Universidad de la Amazonía peruana, Iquitos, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Franko, D. L. & George, J. B. (2008). A pilot intervention to reduce eating disorder risk in Latina women. *European Eating Disorders Review, 16(6)*, 436–441. doi: 10.1002/erv.891
- Fundación Huésped. (2012). *Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación*



- Huésped*. Recuperado de: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66.
- Gao, F., Bailes, E. *et al.* (1999). Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. *Nature*, 397 (6718), 436-41. DOI. 10 1038/17130
- García, M. M. & Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3). 181-186.
- García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M. & Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1), 86-92.
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), 632-640.
- Gayet, C., Rosas, C. A., Magis, C. & Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública de México*, 44(2),

122-128.

Gold, J., Pedrana, A., Sacks-Davis, R., Hellard, M., Chang, S., Howard, S., ...

Stoove, M. (2011). A systematic examination of the use of Online social networking sites for sexual health promotion. *BMC Public Health*, 11(1), 583. doi:10.1186/1471-2458-11-583

Goncalves, C. S., Castella, S. & Carlotto, M. S. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 2(41), 161-166.

Griffiths, F., Cave, J., Boardman, F., Ren, J., Pawlikowska, T., Ball, R., ... Cohen, A. (2012). Social networks –The future for health care delivery. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2233-2241. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.08.023

Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.

Hernández, Z. & Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, (18), 227-236.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda* Recuperado de <http://www.censo2010.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825216740.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825216740.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Usuarios de Internet en*

México. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/temas/Sociodem/notatinf212.asp>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la información en los hogares 2016*.

Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/especiales/especiales2017\\_03\\_02.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/especiales/especiales2017_03_02.pdf)

Jakobson, R. (1984). *Ensayos de lingüística general*. Barcelona: Ariel.

Recuperado de [http://cursobecarios.cuaed.unam.mx/licel/cuarto\\_semestre/sintaxis\\_espanol/unidad3/img/Jakobson.pdf](http://cursobecarios.cuaed.unam.mx/licel/cuarto_semestre/sintaxis_espanol/unidad3/img/Jakobson.pdf)

Jantz, C., Anderson, J. & Gould, S. M. (2002). Using computer-based assessments to evaluate interactive multimedia nutrition education among low-income predominantly Hispanic participants. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(5), 252–260. doi: 10.1016/j.jneb.2011.03.031

Jibaja, M. L., Kingery, P., Neff, N. E., Smith, Q., Bowman, J. & Holcomb, J. D. (2000). Tailored, interactive soap operas for breast cancer education of high-risk Hispanic women. *Journal of Cancer Education*, 15(4), 237–242. doi: 10.1080/08858190009528705

Jiménez, G. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(15), 107-129.

Jones, R. K. & Biddlecom, A. E. (2011a). Is the Internet Filling the Sexual Health

- Information Gap for Teens? An Exploratory Study. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16(2), 112-123. doi: 10.1080/10810730.2010.535112
- Jones, R. K. & Biddlecom, A. E. (2011b). The more things change...: The relative importance of the internet as a source of contraceptive information for teens. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(1), 27-37. doi: 10/1007/s13178-011-0039-0
- Juárez, F. & Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de población. Universidad Autónoma del Estado de México*, (45), 177-219.
- Kirby, D. (2002). Effective approaches to reduce unprotected sex, pregnancy and childbearing. *The Journal of Sex Research*, 39, 51-57. doi: 10.1080/00224490209552120
- Kruger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R. A. (1988). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. España: Pirámide.
- Lamas, H. (2010). Educación dialógica. *UCV Scientia*, 2(1), 69-77.
- Lana, A. García, M. J. & López, M. L. (2013). Evaluación del proceso de un programa realizado a través de internet y de la telefonía móvil para promover conductas saludables en estudiantes de educación secundaria de España y México. *Revista española de Salud Pública*, 87(4), 393-407.

- Levine, D. (2011). Using technology, new media, and mobile for sexual and reproductive health. *Sexuality research and social policy*, 8(1), 18-26. doi: 10.1007/s13178-011-0040-7
- López, P. (2016). Embarazo adolescente. *Gaceta UNAM*, 9 (1), 4-5.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Children Development*, 62, 600-616.
- Mason-Jones, A. J., Mathews, C. & Flisher, A. J. (2011). Can peer education make a difference? Evaluation of a South African adolescent peer education program to promote sexual and reproductive health. *AIDS And Behavior*, 15(8), 1605-1611. doi: 10.1007/s10461-011-0012-1
- Ministerio de Protección Social. (2008). Vulnerabilidad a la infección por VIH. Ministerio de Protección Social.
- Moodle docs. (2018). *Acerca de Moodle*. Recuperado de: [https://docs.moodle.org/all/es/Acerca\\_de\\_Moodle](https://docs.moodle.org/all/es/Acerca_de_Moodle)
- Morales, L., Martínez, F., Gómez, C., Rodríguez, I. & Ramírez, J. M. (2012). Efectividad del programa “bebé virtual” en los cambios de actitud hacia el embarazo en un grupo de adolescentes de Nuevo León, México. *Atención Familiar*, 19(4), 86-89.
- Moran, R. & Quintero, M. (2012). Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. *Revista biomédica revisada por pares*, 12(7). doi: 10.5867/medwave.2012.07.5453
- Morín, M. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones

Coyoacán.

Narita, S., Tsuru, S., Suzuki, S., Kudo, R., Nonoyama, M., Dannoue, H. & Endo, T. (2009). Evaluation of a training program for counselors in contraception and prevention of STIs and a website-based support system. *Studies In Health Technology And Informatics*, 146, 631-635.

Ochieng, N. T., Wilson, K., Derrick, C. J. & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9, 20-32.  
doi: 10.1111/2041-210X.12860

Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.618?lang=en>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_6-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://ris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34380>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe*. Recuperado de

[http://new.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=614&itemid=329](http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=614&itemid=329)

- Piña, J. A., Corrales, A. E. & Rivera, M. (2008). Variables psicológicas como predictores de conductas de prevención relacionadas con la infección por VIH. *Colombia Médica*, 39(1), 16-23.
- Piña, J. & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 71-83.
- Piña, L. & Urquidi, T. L. (2006). Determinantes psicológicos del uso del condón en estudiantes de educación superior. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 2(11), 333-345.
- Pulido, M. A., Carazo, V., Orta, G., Coronel, M. & Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1(13), 11-27.
- Ragsdale, A. & Rotheram-Borus, M. J. (2015). Re-shaping HIV interventions with technology. *AIDS Behav*, 19(2), 77-80. doi: 10.1007/s10461-015-1086-y
- Ramírez, T. R. & Mondragón, D. (2002). Computer-based education for patients with cancer at Latino border hospital. *Cancer Nursing*, 25(3), 245–250. doi: 10.1111/j.1741-3729.2010.00621.x
- Real Academia Española. (2019). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. España. Recuperado de: <https://www.rae.es/>
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. España: Martínez

Roca.

- Rijsdijk, L. E. (2011). The World Starts With Me: A multilevel evaluation of a comprehensive sex education programme targeting adolescents in Uganda. *BMC Public Health*, *11*(4), 334-345. doi: 10.1186/1471-2458-11-334
- Robles, M., Piña, L., Frías, A., Cervantes, R., Barroso, V. & Moreno, R. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, *1*(16), 71-78.
- Robles, S. S., Solario, R., Díaz, R., Moreno, R., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. *15*(3), 1129-1155.
- Rodríguez, M. (2012). Evaluación del componente educativo del programa de prevención del VIH/SIDA en adolescentes en la atención primaria. *Medicentro Electrónica*, *16*(1), 58-61.
- Romero de Castilla, R. J., Lora, M. & Canete, R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria*, *27*(1), 7-12.
- Rosser, B., Wilkerson, J., Smolenski, D., Oakes, J., Konstan, J., Horvath, K., ... Morgan, R. (2011). The Future of Internet-Based HIV Prevention: A Report on Key Findings from the Men's Internet (MINTS-I, II) Sex Studies. *Aids and Behavior*, *15*(1), 91-100. doi: 10.1007/s10461-011-9910-5



- Smokowski, P. (1998). Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review*, 4(2), 337-364.
- Sonenstein, F. L. (2012). The internet, teenagers, and sexual health information: a cautionary tale. *Israel journal of health policy research*, 1(1), 1-2. doi:10.1186/2045-4015-1-39
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista española de salud pública*, 71(4), 335-41.
- Sriranganathan, G. (2012). Peer sexual health education: Interventions for effective programme evaluation. *Health Education Journal*, 71(1), 62-72.
- Stefano, V., Quiceno, M., Gaviria, A., Soto, A., Gil, L. & Ballester, A. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*, 1(25), 39-50.
- Swartz, L. H., Sherman, C. A., Harvey, S. M., Blanchard, J., Vawter, F. & Gau, J. (2011). Midlife Women Online: Evaluation of an Internet-Based Program to Prevent Unintended Pregnancy & STIs. *Journal of Women & Aging*, 23, 342–359. doi: 10.1080/08952841.2011.613255
- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J. & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48(4), 308-316.
- Uribe J. I., Amador, G., Zacarías, S. X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista*

- Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494.
- Uribe, J. I., Andrade, P. P. & Zacarías, S. X. (2009). Risk sexual behavior predictors in high school students. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 111-126.
- Uribe, J. I., Zacarías, X., Amador, G. & Villarreal, L. (2011). Razones asociadas al debut sexual y variables predictoras del uso del condón en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial in extenso, 923-925.
- Velásquez, A. (2005). Efecto de un CD multimedia (planeta riesgo xero) en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida de adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 66(3), 232-240.
- VERBI Software. (2018). MAXQDA 2018 (Computer Software). Germany: VERBI. Recuperado de: <https://es.maxqda.com/>
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777. doi:10.1001/archpedi.160.8.772.
- Villarruel, A. M. & Loveland-Cherry, C. J. (2010). Testing the Efficacy of a Computer-Based Parent-Adolescent Sexual Communication Intervention for Latino Parents. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 59(5), 533-543. doi: 10.1111/j.1741-3729.2010.00621.x

- Villarruel, A. M., Zhou, Y., Gallegos, E. C. & Ronis, D. L. (2010). Examen de los efectos a largo plazo de Cuídate, un programa de reducción del riesgo sexual en jóvenes mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 345-351. doi: 10.1590/S1020-49892010000500004
- Villegas, N., Santiesteban, D. (2014). Pilot Testing and Internet bases STI and HIV Prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 106-116.  
Recuperado de:  
<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12114>
- Vinson, J. (2008). Children with asthma: Initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*, 28(2), 149-158.