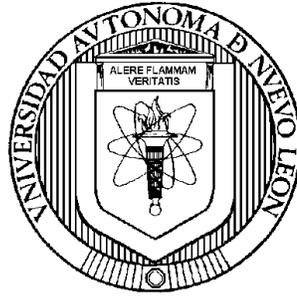


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



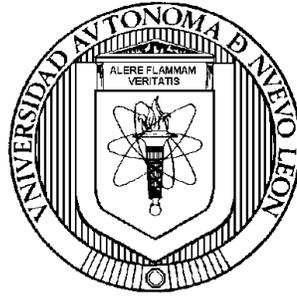
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA
SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN ADOLESCENTES

Por
MCE. CLAUDIA OROZCO GÓMEZ

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

SEPTIEMBRE, 2018

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



INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA
SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN ADOLESCENTES

Por

MCE. CLAUDIA OROZCO GÓMEZ

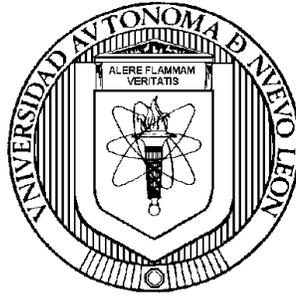
Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

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

SEPTIEMBRE, 2018

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



INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA
SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN ADOLESCENTES

Por

MCE. CLAUDIA OROZCO GÓMEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

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

SEPTIEMBRE, 2018

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA
SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Director de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do. Vocal

Dra. Rocío Ortiz López
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por permitirme cursar mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el soporte económico brindado en este periodo mediante la beca otorgada, para cursar mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez Directora de la Facultad de Enfermería de la UANL y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería por las gestiones realizadas para cursar mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Secretaría de Doctorado Raquel Alicia Benavides Torres, PhD por las gestiones realizadas durante mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A cada uno de los maestros de clase que contribuyeron en mi formación, gracias por compartir sus conocimientos y experiencias.

A mi asesora de tesis la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, por compartir sus conocimientos y guiarme durante este proceso. Gracias por su trato amable, paciencia, consejo y sobre todo por la disponibilidad para enseñarme y escucharme.

A los integrantes del Comité de Tesis Dra. María Aracely Márquez Vega, Raquel Alicia Benavides Torres, PhD, Marco Vinicio Gómez Meza, PhD y Dra. Rocío Ortiz López, por sus valiosas aportaciones que permitieron enriquecer este estudio.

A Jane Dimith Champion, PhD y Marlene Tovar PhD, por compartir sus conocimientos y experiencias, así como por el apoyo brindado durante la residencia doctoral y en el proceso de publicación del manuscrito.

Al personal administrativo de la Facultad de Enfermería por su accesibilidad y atenciones prestadas.

A mis compañeros de clase Anel González Vázquez, Araceli Vázquez Acevedo, Diana Aracely Almaraz Castruita, Diana Berenice Cortes Montelongo, Elizabeth

Guzmán Ortiz, Luis Carlos Cortez, Lucero Fuentes Ocampo, José Luis Hernández Torres, Maricarmen Moreno Tochiuil, Mayra Selene Ozuna Espinosa y Vicente Jiménez Vázquez por las experiencias compartidas y apoyo brindado durante este tiempo.

A la LE. Dulce Julia Guadalupe Gloria González por su amistad y colaboración en el desarrollo de la intervención.

A las autoridades y docentes de la institución educativa en la que se llevó a cabo el estudio, principalmente a la Lic. Griselda Nohemí Hernández Escalante por el apoyo brindado y facilitar el desarrollo del estudio. A Ma. Luisa Perales López por su trato amable y atenciones prestadas.

A los participantes por su colaboración y paciencia para culminar el estudio.

A la Sra. Ana María Guzmán Copado y Sr. Jorge Escamilla Rodríguez por su hospitalidad, trato amable y compañía durante este tiempo.

A María Rosa González Gómez y Gladys Romero Gómez quienes me brindaron su apoyo durante mi estancia.

Dedicatoria

A Dios que me fortalece, guía mi vida, coloca a las personas y momentos indicados que me permiten crecer día a día.

A mi papá, por respetar mis decisiones. El mayor regalo que me hiciste fue haberme mostrado que las situaciones difíciles se pueden sobrellevar al encontrar la enseñanza para la vida y que a la adversidad siempre hay que “hacerle frente”, te extraño.

A mi mamá, por su apoyo incondicional y por transmitirme el deseo de superación. A mis hermanas y hermanos por estar siempre a mi lado y me alientan a ser mejor día a día, son mi ejemplo de honestidad y entrega. Los quiero mucho.

A mis amigas Ana Beatriz Ávila Delgado y Nora de la Fuente de la Torre por su amistad sincera y brindarme su apoyo incondicional, espero la vida nos permita compartir nuevos retos.

A mis amigos Angeles Guadalupe Gallegos Herrera, Aracelí Vázquez Acevedo, Diana Berenice Cortes Montelongo, Elizabeth Guzmán Cortez, Lucero Fuentes Ocampo y Luis Carlos Cortez González, quienes me brindaron apoyo en diferentes aspectos, fueron mi compañía en aventuras y momentos de preocupación. Gracias por los momentos compartidos y escucharme.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	6
Teoría de la conducta planeada	6
Substracción teórica	8
Modelo lógico de la intervención	17
Estudios relacionados	19
Conducta sexual previa	19
Conocimiento sobre VPH relacionado con el cáncer	20
Conocimiento de los derechos sexuales	25
Autoeficacia para el uso del condón	25
Autoeficacia para mantener una pareja estable	28
Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH	28
Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	30
Intervenciones en adolescentes y/o jóvenes	31
Síntesis de estudios relacionados	39
Definición de términos	41
Objetivo general	42
Objetivos específicos	43
Hipótesis	43
Capítulo II	
Metodología	44
Diseño del estudio	44
Población, muestra y muestreo	45
Criterios de inclusión	45

Contenido	Página
Criterios de exclusión	45
Criterios de eliminación	45
Instrumentos de medición	46
Selección de participantes	52
Reclutamiento y selección de facilitadores	53
Fidelidad de la intervención	54
Intervención	54
Descripción de sesiones	55
Intervención para grupo control	57
Consideraciones éticas	57
Análisis de datos	59
Capítulo III	
Resultados	60
Flujo del progreso de participantes a través de la intervención	60
Características sociodemográficas de los participantes	62
Conducta sexual de los participantes en el pretest, postest y seguimiento	63
Consistencia interna de los instrumentos de medición	66
Estadística descriptiva de las variables de estudio	67
Índices de las variables de estudio	94
Estadística descriptiva de las variables del estudio	96
Estadística inferencial	98
Factibilidad del estudio	117
Reclutamiento	117
Retención	118
Componentes de la intervención	119

Contenido	Página
Disposición de institución educativa y adolescentes	120
Fidelidad de la intervención	121
Satisfacción de los participantes con la intervención	121
Capítulo IV	
Discusión	123
Limitaciones del estudio	133
Conclusiones	133
Recomendaciones	134
Referencias	136
Apéndices	
A. Cédula de preguntas filtro	159
B. Cédula de datos personales	160
C. Escala de conocimiento general y conocimiento de vacuna contra el VPH	162
D. Escala de consciencia de los derechos sexuales	165
E. Escala de autoeficacia para el uso del condón	167
F. Autoeficacia para mantener una pareja estable	170
G. Escala de fuerza en la intención de implementar el uso del condón	171
H. Preguntas para plan de acción para el uso del condón	173
I. Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	174
J. Cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH	176
K. Evaluación de los estudiantes a la calidad educativa	178
L. Consentimiento informado del padre o tutor: grupo de intervención	180
M. Consentimiento informado del padre o tutor para el grupo control	182

Contenido	Página
N. Asentimiento informado para el adolescente del grupo de intervención	184
Ñ. Asentimiento informado para el adolescente del grupo control	186
O. Consentimiento informado del participante: grupo intervención	188
P. Consentimiento informado del participante: grupo control	190
Q. Cuestionario para reclutar facilitadores	192
R. Convenio de confidencialidad de la información	193
S. Evaluación de la fidelidad de la intervención	194
T. Sesión 1: Conocimiento sobre VPH relacionado con el cáncer	195
U. Sesión 2: Conocimiento de los derechos sexuales	196
V. Sesión 3: Autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable	197
W. Sesión 4: Plan de acción para el uso de condón y mantener una pareja estable	198
X. Sesión para el grupo control	199
Y. Pruebas de efecto intra-sujeto para variables de estudio	200
Z. Estimación de parámetros para variables de estudio	204

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de la conducta planeada	8
2. Substracción teórica	15
3. Modelo lógico de intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para VPH	18
4. Diagrama de flujo del progreso de los participantes a través de la intervención	61
5. Efecto de tiempo por grupo en el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer	103
6. Efecto de tiempo por grupo en el conocimiento de los derechos sexuales	105
7. Efecto de tiempo por grupo en la autoeficacia para el uso del condón	107
8. Efecto del tiempo por grupo en la autoeficacia para mantener una pareja estable	109
9. Efecto del tiempo por grupo en la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	111
10. Efecto del tiempo por grupo en la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	113
11. Efecto de tiempo por grupo en la conducta sexual protectora para VPH	115

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Diseño de la intervención	44
2. Características sociodemográficas de los participantes	63
3. Conducta sexual de los participantes por grupo y tiempo de medición	64
4. Conducta sexual de los participantes en los últimos tres meses por grupo y tiempo de medición (variables continuas)	66
5. Confiabilidad de los instrumentos	67
6. Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo de intervención	68
7. Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo control	70
8. Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo de intervención	72
9. Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo control	73
10. Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH de los participantes por grupo y tiempo de medición	75
11. Autoeficacia para el uso del condón en el grupo de intervención	76
12. Autoeficacia para el uso del condón en el grupo control	78
13. Autoeficacia para mantener una pareja estable en el grupo de intervención	81
14. Autoeficacia para mantener una pareja estable en el grupo control	82
15. Intención para conducta protectora para VPH en el grupo intervención	82
16. Intención para conducta protectora para VPH en el grupo control	83
17. Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo de intervención	84
18. Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo control	85

Tabla	Página
19. Evaluación de la intención de implementar un plan para el uso del condón grupo de intervención y tiempo de medición	86
20. Evaluación de la intención de implementar un plan para el uso del condón en el grupo control en tiempo de medición	87
21. Intención de implementar un plan para mantener una pareja sexual estable en el grupo de intervención	88
22. Intención de implementar un plan para mantener una pareja estable en el grupo control	89
23. Conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención	90
24. Conducta sexual protectora para VPH en el grupo control	92
25. Estadística descriptiva de las variables del estudio y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, en total de la muestra y tiempo de medición	95
26. Estadística descriptiva de variables de estudio por grupo y tiempo de medición	97
27. Prueba U de Mann-Whitney para variables de estudio entre el grupo de intervención y control por tiempo de medición	99
28. Prueba Friedman para determinar la diferencia entre los tiempos de medición	100
29. Análisis multivariado del conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer	101
30 Prueba de efectos intra-sujetos para el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer	102
31. Prueba de efecto inter-sujetos para el conocimiento de VPH y su relación con el cáncer	102

Tabla	Página
32. Análisis multivariado del conocimiento de los derechos sexuales	104
33. Prueba de efectos intra-sujetos para el conocimiento de los derechos sexuales	104
34. Prueba de los efectos inter-sujetos para el conocimiento de los derechos sexuales	106
35. Análisis multivariado de la autoeficacia para el uso del condón	106
36. Prueba de efectos intra-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón	106
37. Prueba de los efectos inter-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón	107
38. Análisis multivariado para la autoeficacia para mantener una pareja estable	108
39. Prueba de efectos intra-sujetos para la autoeficacia para mantener una pareja estable	108
40. Prueba de los efectos inter-sujetos para autoeficacia para mantener una pareja estable	109
41. Análisis multivariado para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	110
42. Prueba de efectos intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	110
43. Prueba de los efectos inter-sujetos la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	111
44. Análisis multivariado de la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	112

Tabla	Página
45. Prueba de efectos intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para una pareja estable	112
46. Prueba de los efectos inter-sujetos para implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	113
47. Análisis multivariado para la conducta sexual protectora para VPH	114
48. Prueba de efectos intra-sujetos para la conducta sexual protectora para VPH	114
49. Prueba de los efectos inter-sujetos para la conducta sexual protectora para VPH	115
50. Estadística descriptiva de la satisfacción de los participantes con la intervención	122

Resumen

Claudia Orozco Gómez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2018

Título del Estudio: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

Número de páginas: 207

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y método del estudio: Determinar la eficacia preliminar de una intervención educativa orientada a desarrollar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano (VPH) en adolescentes inscritos en una preparatoria pública, guiada por la teoría de la conducta planeada.

El diseño del estudio fue experimental. La muestra se conformó por 133 adolescentes inscritos en una preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey, que declararon haber iniciado vida sexual, se asignaron al grupo de intervención 68 participantes y al control 65. La intervención consistió en cuatro sesiones educativas grupales, con frecuencia semanal y duración de 60 a 75 minutos cada una. Se efectuó medición pretest previa a la primera sesión educativa, postest posterior a la cuarta sesión educativa y medición de seguimiento a los tres meses. Se emplearon estrategias y actividades como: transmisión de información a través de videos y exposición, establecimiento de objetivos, modelado del uso del condón, análisis de caso, entre otros. Las variables que se analizaron fueron: (1) el conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer, (2) el conocimiento de los derechos sexuales, (3) la autoeficacia para el uso del condón (4) la autoeficacia para mantener una pareja estable (5) norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH (6) la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y (7) la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable.

Contribución y conclusiones: La edad promedio de los participantes del grupo de intervención fue de 17.07 ($DE = .63$) y para el grupo control 17.06 ($DE = .87$). La mayoría de los participantes en ambos grupos fueron hombres. El 22.7% de los participantes del grupo de intervención contaba con la vacuna contra el VPH. La edad promedio del inicio de la vida sexual en el grupo de intervención fue a los 15.40 años ($DE = 1.96$) y en el control 15.29 ($DE = .88$). El 55% de los participantes del grupo de intervención refirió haber usado condón en la última relación sexual. En promedio el grupo de intervención mencionó tener 3.32 ($DE = 3.19$, rango 1-15) parejas sexuales en toda su vida, mientras que los del grupo control 2.70 ($DE = 2.85$, rango 1-20). Se encontró asociación negativa significativa entre el número de parejas sexuales en los últimos tres meses ($r_s = -.227$, $p = .011$) y la conducta sexual protectora para VPH. Por medio de la intervención educativa fue posible incrementar el conocimiento del VPH y su relación con el cáncer, el conocimiento de los derechos sexuales, la

autoeficacia para el uso del condón, la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón, la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable y la conducta sexual protectora para VPH.

A través del análisis de un modelo lineal general para mediciones repetidas se encontró que el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer mostró ser significativo en la interacción del tiempo por grupo ($F_{[2, 216]} = 61.71, p < .001$) y en el tiempo de medición ($\Lambda = .387, F_{[2, 107]} = 84.91, p < .001$). Se observó que en ambos grupos fue significativo el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer en el postest y el seguimiento, el grupo de intervención ($U = 217, p < .001; Mdn = 75.00, Mdn = 70.59$) quien mostró puntuaciones mayores respecto al control ($U = 266.5, p < .001; Mdn_{postest} = 44.1, Mdn_{seguimiento} = 38.24$). Los participantes del grupo de intervención en los diferentes tiempos de medición mostraron diferencia significativa en el conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer ($\chi^2_{[2, 57]} = 81.73, p < .001$). También se observó que en el conocimiento de los derechos sexuales existe interacción entre los grupos ($F_{[1, 108]} = 7.40, p = .008$). El grupo de intervención obtuvo puntuaciones medianas mayores en el conocimiento de los derechos sexuales que el grupo control al inicio de la intervención ($Mdn = 38.92$), posterior a ella incrementó ($Mdn = 73.04$), mientras que el en el grupo control obtuvo medianas menores el pretest ($Mdn = 38.19$), en el postest ($Mdn = 42.76$) y en el seguimiento ($Mdn = 41.90$). El grupo de intervención mostró diferencia significativa en los diferentes tiempos de medición ($\chi^2_{[2, 57]} = 40.16, p < .001$). En relación a la autoeficacia para el uso del condón se encontró significancia en la interacción entre los grupos por tiempo ($F_{[2, 107]} = 4.63, p = .012$). El grupo de intervención mostró puntuaciones medianas mayores que el grupo control en el postest ($U = 1165.5, p < .001; Mdn = 87.95$ vs $Mdn = 75.89$) y en el seguimiento ($U = 1137, p = .025; Mdn = 88.39$ vs $Mdn 79.46$). El grupo de intervención mostró diferencia significativa en la autoeficacia para el uso del condón ($\chi^2_{[2, 57]} = 6.65, p = .036$) en los diferentes tiempos de medición a través de la prueba de Friedman ($\chi^2_{[2, 57]} = 6.65, p = .036$). Respecto a la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón se encontró diferencia significativa en los diferentes tiempos de medición ($F_{[2, 107]} = 7.64, p < .001$). El grupo de intervención mostró diferencia significativa en los diferentes tiempos ($\chi^2_{[2, 57]} = 17.30, p < .001$). Se observó diferencia significativa en la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable en el tiempo de medición ($F_{[2, 107]} = 6.08, p = .003$). La conducta sexual protectora para VPH mostró ser significativa en la interacción en el tiempo de medición ($F_{[2, 107]} = 16.03, p < .001$), en el grupo de intervención se identificó diferencia significativa en los diferentes tiempos de medición ($\chi^2_{[2, 57]} = 23.52, p < .001$).

En relación a la factibilidad, la retención de participantes fue de 82.7%. Los adolescentes indicaron alta satisfacción con la intervención (93.41 en escala de 0 a 100). Es necesario realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo identificado en el análisis de factibilidad para posteriormente probar la eficacia de la intervención en un mayor número de adolescentes y en otros contextos, con la finalidad de incluirla en un futuro en programas de prevención de VPH en adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Cada día, más de un millón de individuos adquieren una Infección de Transmisión Sexual (ITS) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013), de las cuales, en los Estados Unidos anualmente ocurren 10 millones en adolescentes (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC, por sus siglas en inglés], 2013). Las infecciones causadas por agentes patógenos de transmisión sexual como sífilis, clamidia, gonorrea y el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre los adolescente son un problema de salud pública que demandan sean sometidas a un control pertinente debido a que se vinculan con el desarrollo de otras patologías (OMS, 2015). En el caso particular del VPH, éste se ha establecido como causa de cáncer cervicouterino (CaCU), así como de otros tipos de cáncer anogenital (ano, vulva, vagina y pene), de cabeza y cuello como es el cáncer orofaríngeo principalmente en el hombre (Asociación Americana de Cáncer, 2017; CDC, 2018).

La literatura revela que el VPH se ha detectado desde etapas tempranas de la vida. Bruni et al. (2010), señalan su presencia antes de los 25 años y Bumbuliene y Alisuaskas (2012), lo reportan en menores de 16 años. En los Estados Unidos de América, anualmente se presentan 14 millones de infecciones por VPH en el grupo de adolescentes y jóvenes (CDC, 2015). En países como India un 12.9% de mujeres adolescentes están infectadas con VPH (Sharma et al., 2015), mientras que en Colombia un 48.97% de las adolescentes están infectadas con diferentes tipos de VPH de alto riesgo (Rio-Ospina et al., 2016). En México, Salcedo et al. (2014) refieren en un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social que el 67.1% de mujeres jóvenes adultas han sido infectadas por algún tipo de VPH. Respecto al hombre se ha reportado que un 34% tienen algún tipo de VPH de alto riesgo (Repp et al., 2012) y su incidencia en el año 2017 fue de 1.8 nuevos casos (Sudenga et al., 2017).

Existen diversos factores de riesgo para la infección de VPH algunos de estos son: el fumar, tener un sistema inmunitario débil y los que se relacionan con la conducta sexual como es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales y falta de consistencia y uso del condón (Salud Pública de Canadá, 2015). Al respecto, en México la edad promedio de la primer relación sexual con penetración es a los 16 años (Rivera-Rivera et al., 2016) y un 23% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad han tenido su primera experiencia sexual (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012). De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014), las adolescentes han tenido en promedio dos parejas sexuales y solo el 38.6% refirieron haber usado condón en su primera relación sexual, lo cual incrementa el riesgo de contraer una ITS como el VPH.

Es importante señalar que la infección por VPH puede ser adquirida con relativa rapidez después de la primera relación sexual (Castellsagué et al., 2014), lo cual puede provocar el desarrollo de verrugas en área genital, mientras que las infecciones persistentes por VPH oncogénico (tipo 16 y 18) pueden generar lesiones que al progresar realizarán expansión de células infectadas en la zona intraepitelial cervical hasta progresar a CaCU invasivo en corto tiempo (De Sanjose et al., 2010). Se estima que la transferencia de la infección del VPH a la presencia de síntomas de CaCU ocurre en un período de 10 años, por lo que la transmisión del virus puede propagarse a otras parejas si no se tienen medidas protectoras durante la relación sexual (Haugsdal & Ryan, 2015).

Cabe destacar, que el énfasis sobre el VPH se ha centrado en la mujer; sin embargo, el hombre juega un papel importante en la transmisión del virus, ya que sólo 1% de ellos experimenta algún signo o síntoma clínico y se considera como vector del virus, por lo que la conducta sexual masculina influye en la infección del VPH de la pareja (Giuliano et al., 2011).

Una de las medidas establecidas para la prevención del VPH es la vacuna que cubre contra algunos tipos de VPH de bajo y alto riesgo (McLemore, 2006). En este

sentido se han desarrollado intervenciones que han sido efectivas para incrementar la intención de adquirirla (Ching-Yi et al., 2015; Krawczyk et al., 2012; Marek et al., 2012; Matheson, Derouin, Gagliano, Thompson & Blood-Siegfried, 2014) o llevar a cabo su cobertura (Das, Salam, Arhad, Lassi & Bhutta, 2016). Sin embargo, es importante contemplar aspectos de la conducta sexual como es el uso del condón, limitar el número de parejas sexuales o tener una relación monogámica como medidas protectoras para VPH (CDC, 2013), debido a que en nuestro contexto la cobertura de la vacuna en las pre-adolescentes y las adolescentes no ha sido en su totalidad (Bruni et al., 2016). Además existen algunas barreras que interfieren en la aceptación de la vacuna como el alto costo en el sector privado y miedo a los efectos secundarios (Lee, Ho, Cheung & Keung, 2015). Cabe señalar que pocas intervenciones han contemplado aspectos de la conducta sexual (Kim, Park, Ahn & Park, 2015).

Aunado a lo anterior la aplicación de la vacuna contra el VPH se ha limitado solo a niñas entre 10 y 11 años de edad que no hayan iniciado vida sexual (Secretaría de Salud, 2017). El grupo de adolescentes que ya iniciaron vida sexual no se contemplan dentro del grupo prioritario de vacunación por considerar que pueden estar infectadas, quedando así vulnerables ante la infección del VPH. Sin embargo, pudiera ser que estén infectadas con una cepa específica de VPH, pero la vacuna puede brindar protección contra otros tipos de VPH (Instituto Nacional de Cáncer en el Instituto Nacional de Salud, 2016). Así mismo, los hombres no se consideran como prioridad para la aplicación de la vacuna por cuestiones costo-beneficio (OMS, 2014). Por lo tanto, para estos grupos las principales medidas protectoras o de prevención para la infección del VPH son: limitar el número de parejas sexuales y/o tener una relación monogámica y el uso del condón (Giuliano et al., 2011).

Es relevante mencionar que la evidencia sobre el uso de condón como medida protectora contra la infección del VPH es inconsistente (Hariri & Warner, 2013). No obstante, su uso ha sido establecido como medida de prevención tanto para quienes han

recibido la vacuna (disminuyendo así el riesgo de infección de otros tipos de VPH que la vacuna no protege) como para los que no la han recibido dado que puede proteger de forma parcial la transmisión del virus debido a que protege el sitio de roce entre genitales o área que cubre (CDC, 2015). Por lo que es importante el desarrollo de intervenciones que les permitan informar sobre la infección del VPH y enfatizar la importancia de adoptar una conducta sexual protectora en grupos que no han adquirido la vacuna.

Existe evidencia de que los adolescentes carecen de conocimiento sobre el VPH (Kuznetsov, Müller, Ruzicka, Herzinger & Kuznetsov, 2013), principalmente los hombres (Kepka, Warner, Kinney, Spigarelli & Mooney, 2014), por tal motivo se han desarrollado intervenciones que han sido efectivas en incrementar el conocimiento del VPH a través del uso de recursos multimedia como el uso de videos, apoyo de imágenes o diapositivas para llevar a cabo una exposición didáctica e información impresa (Bonafide & Vanable, 2015; Herrera-Ortiz, Arriaga-Demeza, Conde-González & Sánchez-Alemán, 2013; Krawczyk et al., 2012, Li et al., 2015; Marek et al., 2012; Mehta, Sharma & Lee, 2013; Spleen, Kluhsman, Clark, Dignan & Lengerich, 2012), cabe mencionar que no muestran la vinculación del VPH con el cáncer, aspecto que se considera relevante para el presente estudio por su carácter prevenible si se detecta oportunamente. Así mismo, la participación activa del hombre en la intervención es importante, debido a que el conocimiento puede favorecer la concientización sobre su rol en la transmisión del VPH.

Se consideran que el conocimiento permite adoptar una conducta o crear las condiciones que favorezcan llevar a cabo una conducta deseada (Ajzen & Joyce, 2011). Sin embargo, Bandura (1995) menciona que es importante incluir la autoeficacia para poder realizar una conducta. Se ha observado que la autoeficacia o el control percibido de la conducta se relaciona con la intención de llevar a cabo medidas protectoras para VPH relacionadas con la conducta sexual como es tener un sola pareja sexual

(Chilisa et al., 2016) y el uso del condón, así mismo se ha establecido que es predictor en el uso del condón (Oppong, Osafo & Doku, 2016), por lo que se considera importante incrementar la autoeficacia para una conducta sexual protectora para VPH.

A través de la educación en salud es posible brindar herramientas que permitan a los adolescentes ser autoeficaces (Foluso & Odu, 2010). Se ha documentado que las intervenciones que brindan educación sexual basadas en los derechos permiten el empoderamiento de los adolescentes para llevar a cabo conductas sexuales saludables como solicitar atención de los servicios de salud (Constantine et al., 2015; Rohrbach et al., 2015), lo cual hace relevante incluir el conocimiento de los derechos sexuales en los currículum de programas de prevención del VPH.

Intervenciones existentes tienen como objetivo principal incrementar la intención para llevar a cabo medidas protectoras para VPH (Kim et al., 2015; Krawczyk et al., 2012; Marek et al., 2012; Mehta et al., 2013), debido a que se ha documentado que la intención antecede a la conducta (Fishbein & Ajzen, 1975). Sin embargo, Gollwitzer (1999), mencionan que tener la intención no siempre predice la conducta actual, si no que se requiere desarrollar la intención de implementar, la cual incluye un plan articulado en el que el individuo anticipa cuándo, dónde y cómo se va a llevar a cabo la acción para lograr una conducta, en este caso la conducta protectora para VPH.

En México, si bien existen intervenciones orientadas a la prevención del VPH son en una minoría comparadas con otras intervenciones para ITS, por lo que se consideró relevante desarrollar una intervención educativa de enfermería dirigida a adolescentes para incrementar la conducta sexual protectora para VPH, en dicha intervención se integraron recursos de las tecnologías de la información y la comunicación como videos e imágenes, los cuales se consideraron herramientas didácticas que permiten generar una enseñanza atractiva, dinámica que facilita el acercamiento a contextos reales (Hernández, Rodríguez, Parra & Velázquez, 2014). Así mismo, se consideró pertinente que el desarrollo de la intervención estuviera guiada por

la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) (Ajzen, 1991) y elementos que la literatura señala que influyen en la conducta, por lo que se contemplaron como componentes de la intervención el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer, el conocimiento de los derechos sexuales, autoeficacia para el uso del condón, autoeficacia para mantener una pareja estable, intención de implementar un plan de acción para el uso del condón e intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable.

Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia preliminar de una intervención educativa basada en TCP dirigida a adolescentes que cursan el nivel de preparatoria en una institución pública de Monterrey Nuevo León, para incrementar la conducta sexual protectora para VPH en adolescentes. Así mismo, se consideró importante determinar la factibilidad del estudio en la que se consideró la retención, reclutamiento, disposición de los adolescentes, componentes de la intervención, fidelidad y satisfacción de los adolescentes con la intervención.

Marco teórico

En esta sección se presentan de manera general los conceptos de la TCP, dicha teoría ha mostrado ser efectiva en diversos cambios de comportamiento, incluyendo los relacionados con la prevención de VIH y otras ITS, por lo que se consideró adecuada para guiar este estudio y de esta forma intervenir en variables que con base a la revisión de la literatura se consideraron relevantes para desarrollar la conducta sexual protectora para VPH. También se incluye la substracción teórica, la cual permite tener claros los componentes teóricos y el indicador empírico utilizado.

Teoría de la Conducta Planeada.

La TCP es una extensión de la teoría de la acción razonada (Ajzen, 1991). La teoría proporciona un marco para el estudio de la conducta, teniendo como base que todos los seres humanos son seres racionales que hacen uso sistemático de la información disponible. Ambas teorías predicen y explican la conducta y consideran como mejor predictor de la conducta a la intención, la cual es la representación cognitiva

de la disposición de una persona para realizar una conducta. La intención se determina por la actitud hacia la conducta y las percepciones sociales normativas, la TCP incluye de manera adicional la percepción de control conductual.

La TCP postula tres determinantes conceptuales independientes de la intención. La primera, es la actitud hacia la conducta, se considera que es el grado en que una persona tiene una situación favorable o desfavorable o la evaluación de la conducta en cuestión. El segundo predictor es un factor social denominado norma subjetiva, esta se refiere a la presión social percibida para realizar o no realizar la conducta. El tercer antecedente de la intención es el control conductual percibido, el cual se define como la facilidad o dificultad percibida para realizar la conducta y se supone que refleja la experiencia pasada así como los impedimentos y obstáculos previstos. Como regla general, cuanto más favorable es la actitud y la norma subjetiva con respecto a una conducta, y cuanto mayor es el control conductual percibido, más fuerte debe ser la intención de un individuo de realizar la conducta considerada.

Así mismo, la TCP establece que los determinantes de la intención y la conducta son seguidas por creencias conductuales, normativas y de control. Además factores antecedentes como la edad, género, raza, estado socioeconómico, educación, nacionalidad, religión, personalidad, emociones, inteligencia, experiencia pasada, exposición a información, soporte social, entre otras; pueden estar relacionadas o influir en las creencias conductuales así como en las creencias normativas y en las creencias de control e influenciar las intenciones y acciones.

En la Figura 1, ilustra que los factores antecedentes se dividen en categorías personales, sociales e información, los cuales pueden tener influencia en las creencias conductuales, normativas o de control; cabe señalar que no necesariamente deben estar conectados los factores y las creencias.

Se prevé que la importancia relativa de la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido en la predicción de la intención varían según la conducta y las situaciones. Por lo tanto, en algunos fenómenos de estudio se puede encontrar que sólo las actitudes tienen un impacto significativo en las intenciones, en otros las actitudes y el control conductual percibido son suficientes para dar cuenta de las intenciones y en otros, los tres predictores hacen contribuciones independientes.

Figura 1. Teoría de la Conducta Planeada

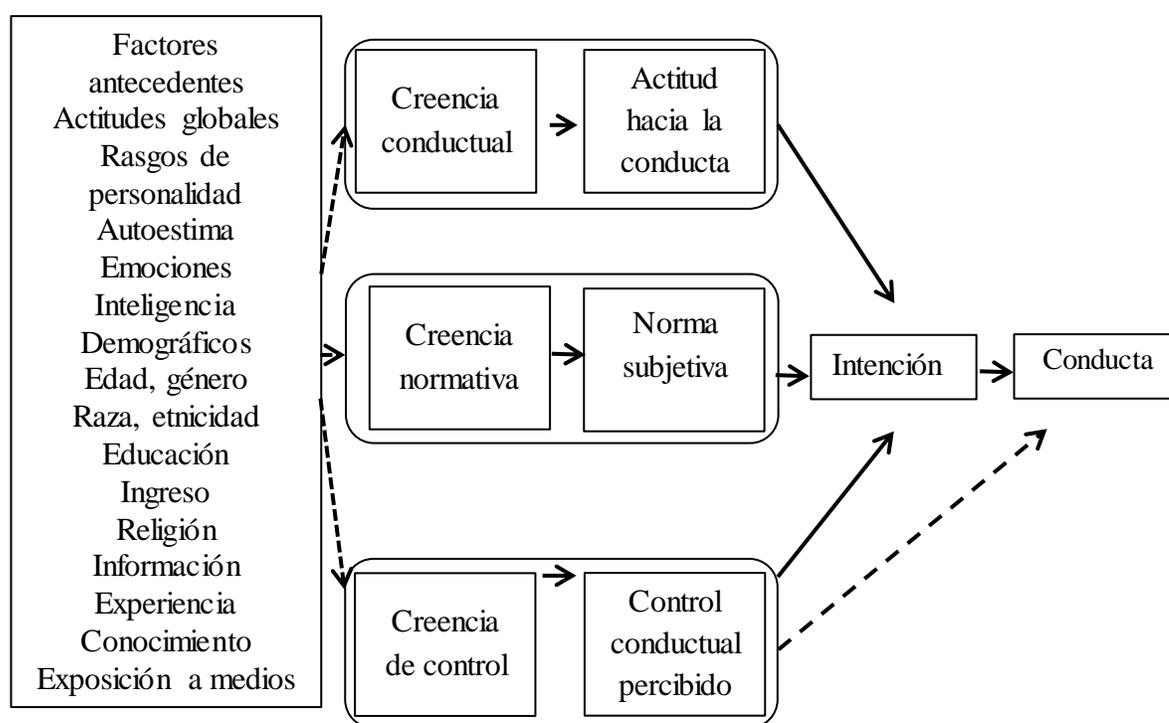


Figura 1. Esquema de la Teoría de la Conducta Planeada realizada por Ajzen (1991).

Substracción Teórica.

La substracción teórica se desarrolló a partir de la TCP tomando en cuenta los pasos que establecen Dulock y Holzemer (1991). Primero, se identificaron y seleccionaron los conceptos de la teoría, posteriormente, se especificó la relación entre

los conceptos, también se llevó a cabo la jerarquía de los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción y finalmente se realizó de manera gráfica la relación entre las variables.

En la Figura 2, se presenta el esquema de la substracción teórica en la cual se pueden identificar los componentes del sistema teórico como son: los factores antecedentes, norma subjetiva, control conductual, intención y conducta; se adicionó el concepto de conocimiento debido a que se ha documentado que es un elemento importante en la prevención del VPH. También se puede identificar el sistema operacional que despliega los indicadores empíricos para cada una de las variables de estudio.

Conducta sexual previa.

Ajzen (1991), menciona que existen factores antecedentes que incluye factores relacionados con la información entre ellos se encuentran la experiencia previa la cual se refiere a conductas iguales o similares realizadas en el pasado que tiene efecto en la conducta actual. Para el presente estudio la experiencia previa fue representada por la conducta sexual previa la cual contempla el uso del condón y número de parejas sexuales en los últimos tres meses. Cabe señalar que una experiencia adquirida tiene efecto en llevar a cabo determinadas conductas en un futuro las cuales tendrán efecto en la salud, por lo que la conducta sexual previa puede tener un efecto positivo o negativo en la salud general o reproductiva.

El tener antecedente de uso de condón se considera predictor en la intención de su uso como medida protectora contra el VPH (Pask & Rawlins, 2016). Pero si se tuvo una experiencia negativa con su uso esto interfiere con el uso consistente (Nesoff, Dunkle & Lang, 2016). Ayhan et al. (2015), refieren que pocos adolescentes durante su primera relación sexual usan el condón y en aquellos que lo usan ha sido de forma inadecuada por lo que es común que se dé la ruptura de éste.

Por otra parte, el número de parejas sexuales de los individuos es un marcador importante de riesgo sexual y en la infección del VPH, se ha documentado que la

estabilidad de una relación con una pareja sexual tiene influencia en la toma de decisiones sobre el uso del condón ya sea si es una pareja estable o si son parejas ocasionales (Wiemann et al., 2009). Se ha observado que los adolescentes con mayor número de parejas sexuales, llevan a cabo relaciones sin protección (Exavery et al., 2011; Heeren et al., 2014) y en aquellos que tienen una pareja estable se ha reportado el uso del condón de forma consistente (Bearinger et al., 2011).

Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer y conocimiento de los derechos sexuales.

La TCP señala que los factores antecedentes relacionados con la información contemplan el conocimiento, el cual puede relacionarse o influir en las creencias del individuo. Para este estudio el conocimiento se adaptó como conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer y el conocimiento de los derechos sexuales.

El conocimiento de acuerdo a la Organización Internacional de Bachillerato (2013), se puede obtener a través de la experiencia, la práctica y la implicación personal; está íntimamente ligado a las circunstancias particulares del individuo, tales como la biografía, intereses, valores, entre otros, éste es influenciado por la perspectiva personal de un individuo. Se compone de habilidades y conocimiento de los procedimientos que se han adquirido a través de la práctica, además de lo que ha llegado a conocer a través de la experiencia de la vida, así mismo, a través de la educación formal e incluso de la investigación personal.

El conocimiento relacionado a cualquier enfermedad requiere considerar algunos dominios como son: la identidad (los síntomas y el nombre de la enfermedad), la línea de tiempo (tiempo de aparición y duración esperada), consecuencias (gravedad, dolor e impacto en las funciones de la vida), la causa (la infección y la genética) y el control (si la enfermedad es prevenible o curable) (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Para este estudio el conocimiento fue representado por el conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer el cual se refiere a la información relacionada con el VPH incluye:

causa del VPH, síntomas, factores de riesgo, formas de diagnosticar o detectar, sus consecuencias (principalmente la vinculación con el cáncer) forma de prevenir y tratamiento.

El tener poca noción de lo que es el VPH ha mostrado disminuir la intención en el cambio de comportamientos sexuales de protección (Kim, 2015) y que el individuo muestre menor interés en llevar a cabo medidas de prevención como es recibir la vacuna (Shao, Nurse, Michel, Joseph & Suss, 2015). Sin embargo, el conocimiento sobre VPH se ha considerado como predictor del uso de condón (Grace-Leith & Shneyderman, 2016).

El conocimiento de los derechos sexuales para este estudio se refirió a la información sobre los derechos para ejercer, expresar su sexualidad y disfrute sexual, además de considerar los derechos establecidos por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (2014), como el derecho a la equidad, a la vida, libertad y seguridad de la persona, la autonomía e integridad del cuerpo, ejercer sexualidad libre de tortura, trato cruel o inhumano, libre de violencia o coerción, derecho a la privacidad, derecho a la atención de la salud sexual, educación e información. Cabe señalar que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2000). El conocimiento de estos permite explorar, experimentar y expresar la sexualidad de manera positiva y saludable, placentera y segura teniendo en cuenta los derechos del otro (Federación Internacional de Planificación Familiar, 2011).

Autoeficacia para el uso del condón.

El control percibido conductual se refiere al juicio de la capacidad que la persona posee para organizar y llevar a cabo una acción en particular (Ajzen, 1991). En ocasiones el control conductual y la autoeficacia son empleados de manera indistinta, debido a que ambos constructos se preocupan por la facilidad percibida o la dificultad percibida para realizar un comportamiento o la creencia de que se tiene sobre la

capacidad para realizar un comportamiento (Manstead & Eekelen, 1998). El concepto de autoeficacia ha sido empleado principalmente por Bandura (2010), él menciona que la autoeficacia es la capacidad percibida de los individuos para influir en los acontecimientos de la vida, sus pensamientos, sentimientos y forma de comportarse.

Para este estudio el control conductual fue representado por la autoeficacia para el uso del condón y la autoeficacia para mantener una pareja estable. La autoeficacia para el uso del condón varía en su definición, autores como Ritchwood, Ford, Decoster, Sutton y Lochman (2015), mencionan que es la habilidad para adquirir y usar el condón mientras que Klein (2014), refiere que es la confianza en la habilidad del individuo para el uso correcto del condón, conocer donde se puede adquirir y la habilidad de negociar su uso. Para fines del estudio se define como la capacidad percibida que el adolescente tiene en su habilidad para usar el condón y negociar su uso. Mientras que la autoeficacia para mantener una pareja estable se refiere a la capacidad percibida para lograr mantener una pareja estable o limitar el número de parejas. La autoeficacia y el control conductual han mostrado ser positivos en la prevención de ITS (Tran et al., 2016) debido a que se consideran como predictores del uso del condón y de la monogamia (Chilisa et al., 2016; Oppong et al., 2016).

Comúnmente para los adolescentes varones la autoeficacia para el uso del condón es vista como la capacidad de obtener y utilizar adecuadamente el condón. Mientras que para las adolescentes mujeres es hacia el uso del condón y la capacidad para negociar su uso con la pareja (Peasant, Parra & Okwumabua, 2015). Tung, Hu, Efirid, Su y Yu (2013), refieren que los adolescentes que muestran mayor autoeficacia para uso de condón reportan mayores beneficios y menores barreras para su uso, así mismo, se ha reportado que la autoeficacia tiene un efecto fuerte en la intención de su uso en futuras relaciones sexuales (Oppong et al., 2016).

Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH.

De acuerdo a Ajzen (1991), la norma subjetiva se refiere a la presión social para llevar a cabo una conducta o no. Este concepto fue adaptado como norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH, la cual considera la presión de amigos o alguna otra persona ejerce en el adolescente tiene para el uso del condón y limitar el número de parejas sexuales. El acúmulo de las creencias normativas y las expectativas subjetivas de los grupos importantes para el individuo (como padres, amigos o pareja) formarán la norma subjetiva, la cual motiva al individuo para cumplir con la presión social de ejecutar dicha conducta, por lo que juega un papel importante en la toma de decisiones relacionadas con las conductas promotoras de salud (Ajzen, 1991).

Se ha observado que los amigos, la familia y la pareja sexual tienen una influencia moderada en la decisión del uso del condón (Asare, 2015). Mientras que otros estudios señalan que la norma subjetiva no se ha asociado con la intención del uso del condón (Prati, Mazzoni & Zani, 2014). Por otra parte, los adolescentes que tienen padres con percepción positiva sobre el uso del condón reportan mayor uso (Tarkang, 2014).

Intención de implementar un plan de acción para la conducta sexual protectora.

De acuerdo a la TCP la intención es la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta determinada y se considera que es el antecedente inmediato de la conducta. En este estudio el concepto se compone de la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable. La intención de implementar un plan de acción para el uso del condón se define como la intención de implementar por parte del adolescente un plan para el uso del condón en su próxima relación sexual, lo cual permite tener presentes las acciones que debe llevar a cabo para poder usar el condón (adquirir, llevar, negociar y usar). La intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable se refiere a la intención de limitar el

número de parejas sexuales o planear tener solo una pareja.

La intención de implementar permite tener un plan de acción que pueda ser ejecutado en una situación particular (especifica cuándo, dónde y cómo), esto proporciona mayor probabilidad al individuo de alcanzar un objetivo planteado, debido a que se genera una representación mental de una situación anticipada (“si-entonces”), por lo que ante la presencia de alguna situación particular, se sabe entonces que conducta se llevarán a cabo, lo cual permitirá alcanzar una meta o compromiso deseado delimitando el plazo de tiempo, un escenario y estrategia (Gollwitzer & Oettingen, 2011; Schweiger-Gallo, De Miguel, Rodríguez-Monter, Álvaro & Gollwitzer, 2009).

Se ha documentado que quienes tienen la intención de implementar tienen mayor éxito en lograr un objetivo planteado (Gollwitzer & Sheeran, 2006) por lo que se espera que los adolescentes a través de la planeación del uso del condón y tener una relación monogámica o mantener una pareja estable disminuyan el riesgo de ser infectados con VPH. De Vet et al. (2011) observaron que quienes desarrollaron una intención de implementar el uso de condón presentaron un fuerte compromiso para llevar a cabo un plan para su uso. Así mismo, tiene efecto en el uso consistente del condón (Nydeger Ames & Stacy 2017)

Conducta sexual protectora para VPH.

Ajzen (1991), considera que la conducta es la acción final encaminada a tener resultados positivos en la salud. Este concepto se adaptó como conducta sexual protectora para VPH, esta se refiere a la frecuencia en que el adolescente lleva a cabo conductas sexuales seguras entre ellas se encuentran el uso del condón en cualquier tipo de relación sexual, limitar el número de parejas sexuales y/o tener una pareja monogámica (CDC, 2015; SS, 2015). Además de evitar el contacto con la piel de los genitales de la pareja, debido a que la forma de transmisión es contacto piel a piel, por lo que el uso de condón o barreras bucales en relaciones sexuales vaginal, anal u otra reducen el riesgo de infectarse.

Figura 2. Substracción teórica

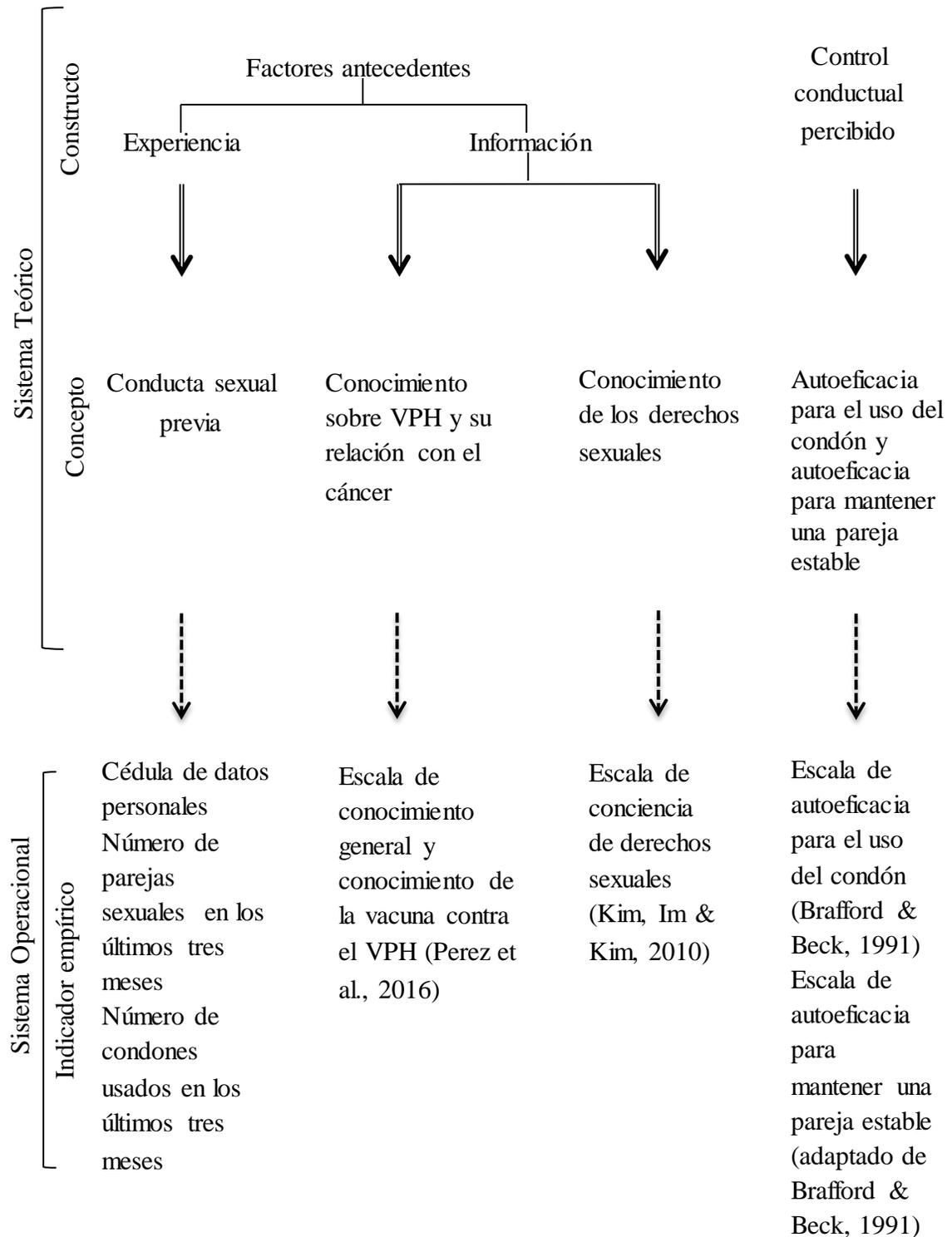


Figura 2. Substracción teórica para una conducta sexual protectora de acuerdo a los pasos de Dulock y Holzemer (1991).

Figura 2. Substracción teórica (continuación)

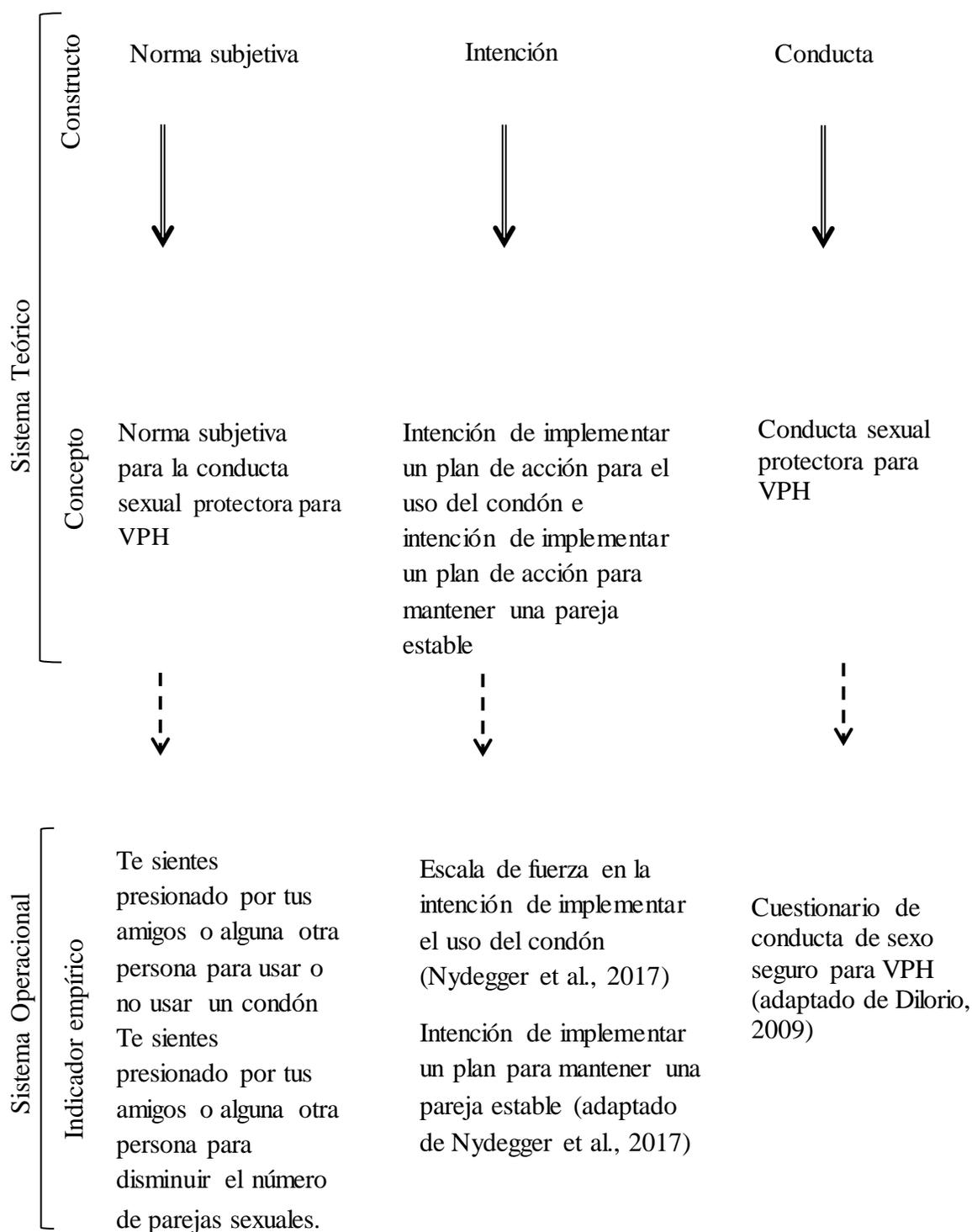


Figura 2. Substracción teórica para una conducta sexual protectora de acuerdo a los pasos de Dulock y Holzemer (1991).

Modelo lógico de la intervención

El modelo lógico permite identificar los determinantes de la conducta en los que se llevó a cabo la manipulación, así mismo, las estrategias/actividades empleadas.

Se considera que el conocimiento permite adquirir habilidades, disminuir creencias e identificar factores de riesgo lo que pudiera llevar al adolescente a adoptar conductas de prevención para la infección del VPH. El contar con información permite desafiar las creencias contrarias al comportamiento deseado, por lo que al adquirir conocimiento se pueden fortalecer las creencias que permiten tener una conducta favorable o crearlas para favorecer el comportamiento deseado (Ajzen & Joyce, 2011).

La teoría cognitiva social (Bandura, 2010) señala que la autoeficacia es un determinante en el cambio de conducta, la cual está influenciada por la interacción de determinantes cognitivos o personales, conductuales y ambientales. La autoeficacia puede ser modificada por la estrategia de observación o por imitación de modelo, para esto es necesario que exista la atención, retención, reproducción y motivación. En la Figura 3, se muestra el método empleado que tuvo efecto en los determinantes de la conducta sexual protectora para VPH.

Figura 3. Modelo lógico de la intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para VPH

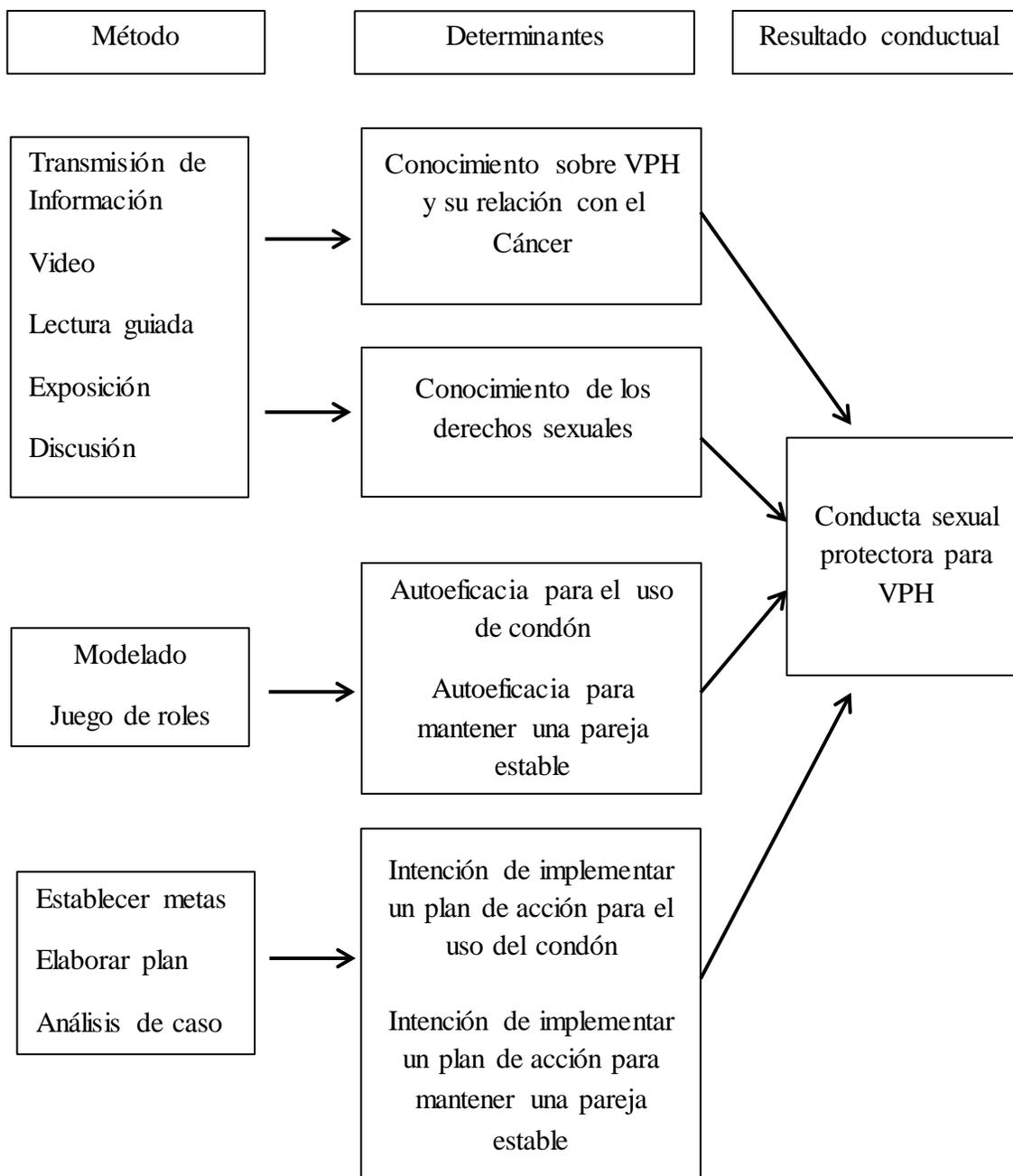


Figura 3. Modelo lógico de la intervención educativa para incrementar una conducta sexual protectora para VPH.

Estudios Relacionados.

En este apartado se muestra la revisión de literatura relacionada con las variables de interés, inicialmente se presentan los estudios relacionados con la conducta sexual previa, seguido de los estudios que contemplan el conocimiento sobre el cáncer y su relación con el VPH, el conocimiento sobre los derechos sexuales, posteriormente se encuentran los estudios para la autoeficacia para el uso del condón, la autoeficacia para mantener una pareja estable, la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH, la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y finalmente se muestran las intervenciones que incluyeron adolescentes y/o jóvenes, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el VPH o la conducta protectora para VPH.

Conducta sexual previa.

Heeren et al. (2015), llevaron a cabo un estudio con la finalidad de conocer la asociación de tener múltiples parejas sexuales con otras conductas sexuales de riesgo en 240 universitarios de la provincia de Eastern Cape, Sudáfrica. El diseño de estudio fue descriptivo transversal, los participantes se seleccionaron de forma aleatoria. La edad promedio de los participantes fue de 20.8 años. La edad promedio de la primer relación sexual fue de 17.60 años ($DE = 2.24$), el 44.1% de los participantes que refirió haber tenido relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales, los hombres mencionaron tener mayor número de parejas sexuales (61.5%) que las mujeres (17.1%).

Se encontró que los estudiantes que tenían múltiples parejas sexuales habían tenido su primera relación sexual a temprana edad ($\beta = -.07$, IC 95% [-.13, .02], $p = .009$), así como mayor número de relaciones sexuales ($\beta = .49$, IC 95% [.17, .81], $p = .005$) y menor uso del condón durante los últimos tres meses ($\beta = -.17$, IC 95% [.31, .20], $p = .024$) comparado con los que refirieron haber tenido solo un compañero sexual.

Bearinger et al. (2011), realizaron un estudio con el objetivo de comparar la consistencia del uso del condón a los seis y 12 meses, así como de manera global y con

una pareja específica. La muestra se conformó por 151 mujeres en edad de 13 a 17 años que acudían a un programa de prevención de embarazo en adolescentes, la muestra se seleccionó de forma aleatoria. Para el análisis de la información se realizaron cinco categorías: uso de condón con pareja estable, sin uso de condón con pareja estable, cambió a uso de condón, no cambió a uso del condón, cambio a inestable. La edad promedio de las participantes fue de 15.7 años ($DE = 1.05$). Dos tercios de las participantes mencionaron tener una pareja primaria diferente en los diferentes momentos de medición. Previo al estudio las participantes tenían entre 1 a 7 parejas sexuales, el 63% de estas reportó tener solo una pareja sexual y a los seis meses el 60% más de una.

Las relaciones entre la consistencia global del uso del condón en las diferentes categorías de los participantes y la medición no mostraron ser significativas con el número de parejas sexuales en los últimos 6 meses, ni con la estabilidad del número de parejas sexuales ($p = .656$), es decir, tener solo un compañero sexual al inicio, a los seis meses y 12 meses. La única relación significativa con la consistencia del uso del condón global fue con la estabilidad de la pareja sexual primaria (mantener la pareja al inicio, a los seis meses y 12 meses) ($p = .023$). Las participantes que estaban en el grupo de pareja estable informaron mantener la misma pareja sexual en los tres puntos de medición en comparación con los que pertenecían al grupo que no usaban condón y los que tenían uso inestable. El tener la misma pareja sexual a lo largo del tiempo se asoció significativamente con las trayectorias que conducen a la falta de uso del condón.

Conocimiento sobre VPH relacionado con el cáncer.

Urrutia, Concha, Riquelme y Padilla (2012), efectuaron un estudio con el objetivo de describir el grado de conocimiento que tiene un grupo de adolescentes chilenas acerca del CaCU y el VPH y su relación con las conductas preventivas, bajo un diseño analítico transversal. Se eligieron a 266 adolescentes de forma aleatoria de tres colegios municipalizados de la Región Metropolitana. Las participantes tenían edad

promedio de 16.18 años ($DE = 1.29$, rango de 13 a 19). El 20% de las participantes desconocía la presencia de la vacuna contra el VPH. Los factores de riesgo identificados para desarrollar CaCU fueron: tener múltiples parejas sexuales (70.8%), VPH (78.3%) y la herencia (60.3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección fue reconocida por el 68.2% de los participantes. El 31.1% de las adolescentes sexualmente activas refirió usar condón durante las relaciones sexuales. Cabe señalar que aquellas adolescentes que usaron condón presentaron mejor conocimiento de los factores de riesgo para CaCU.

Vogtmann, Harlow, Valdez, Cruz y Ponce (2011), llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar los factores demográficos y de comportamiento asociados con la conciencia y el conocimiento del VPH en una población de estudiantes universitarios mexicanos. La muestra fue de 1109 estudiantes universitarios entre los 17 y 25 años de edad, la selección de los participantes fue de forma aleatoria simple. Un 60.1% de los estudiantes reportó haber tenido experiencia sexual a la edad promedio de 17.5 años y el promedio de parejas sexuales fue de 2.9. El 16.9% de los estudiantes universitarios nunca había oído hablar del VPH.

Los estudiantes tuvieron una puntuación media de 5 sobre 10 en un índice de conocimiento del VPH basado en 10 preguntas sí/no sobre el VPH desarrolladas para este estudio. Aquellos participantes que contaban con agua corriente en casa, tenía un seguro de salud y haberse realizado una citología vaginal presentaron puntuaciones más altas de conocimiento del VPH, sin embargo, tenían un conocimiento limitado acerca de las estrategias de prevención del virus. Las probabilidades ajustadas de no haber oído hablar del VPH eran aproximadamente del 50% mayor en los hombres en comparación con las mujeres ($OR = 1.47$, IC 95% [1.04, 2.08]) y con seguro social ($OR = 1.47$, IC 95% [1.05, 2.08]).

Coles, Patel, Allen, Keeping y Carroll (2014), realizaron una revisión sistemática con el fin de determinar si la inmunización contra el VPH tiene efecto en el

comportamiento sexual así mismo identificar el conocimiento de VPH (y enfermedades asociadas) en los países con programas de vacunación contra el VPH como reflejo de su práctica en Reino Unido. Se recuperaron 4911 artículos con las palabras claves, incluyendo en la revisión sólo 58 artículos (publicados, de conferencias y literatura gris), se incluyeron artículos realizados del año 2003 al 2013 y con participantes de cualquier edad. En relación al conocimiento sobre la prevención de la infección por el VPH mediante el uso de métodos anticonceptivos y prácticas de sexo seguro, se informó escaso conocimiento en 10 estudios de 12, en tres estudios informaron que un gran número de individuos creen de forma incorrecta que el uso del condón impide completamente la transmisión del VPH.

Además se encontraron en los estudios altos niveles de conocimiento en todos los aspectos de la infección por VPH y de las enfermedades asociadas no se informaron en todos los estudios. En varios estudios las mujeres jóvenes presentan un mejor conocimiento que los hombres, en aquellos individuos que habían sido vacunados presentaban niveles más altos de conocimiento. El conocimiento relativo a la prueba de Papanicolaou y CaCU fue incluido en 13 estudios, el cual fue pobre (seis estudios); en cuatro estudios mostraron mayor conciencia sobre el VPH entre los vacunados. En 14 estudios se encontró que el conocimiento respecto a la vacuna contra el VPH fue bajo. Algunos estudios señalan que existen conceptos erróneos en la vacunación contra el VPH y el CaCU.

Tu, Wang, Lin y Chan (2015), efectuaron un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento del VPH y determinar los factores relacionados con la intención de usar condón para la prevención del VPH entre los adolescentes. La muestra estuvo constituida por 384 adolescentes mujeres de 15 a 16 años de edad, seleccionadas por conveniencia. El diseño de estudio fue descriptivo transversal. La mayoría de los participantes tenían vacuna contra VPH (97.7%), el 95% de las adolescentes refirió no tener experiencia sexual, un 34.9% informó haber tenido visitas al ginecólogo por

problemas ginecológicos. Los participantes que habían oído hablar del VPH tenían mayor intención para el uso del condón que aquellos que no la tenían, esta diferencia fue significativa ($M = 4.98, DE = .72$ vs $M = 4.81, DE = .76, p = .030$), al igual que aquellos adolescentes que había discutido cuestiones sexuales con un familiar adulto ($M = 5.08, DE = .72$ vs $M = 4.83, DE = .84, p = .002$).

El 73.4% de los participantes no tenían conocimiento sobre el VPH, un 30.4% de las participantes respondieron que las verrugas genitales se desarrollan por la infección por VPH y 65.7% conocían que podía desarrollar el cáncer cervical. Las estrategias conocidas para prevenir la infección por VPH fue la vacunación contra el VPH (79.4%), la monogamia (52%) y el uso del condón (39.2%).

Se encontró relación significativa entre la intención del uso del condón para prevenir el VPH con la actitud ($r = .56, p < .001$), la norma subjetiva ($r = .59, p < .001$), la percepción de control del comportamiento ($r = .56, p < .001$), el riesgo percibido ($r = .10, p < .05$) y el conocimiento del VPH ($r = .15, p < .001$). El discutir temas sexuales, la actitud, las norma subjetiva, el control percibido del comportamiento y el conocimiento del VPH explicaron el 55.8% ($p < .001$) de la varianza total de la intención del uso del condón.

Unger et al. (2015), efectuaron un estudio con el objetivo de describir el conocimiento sobre el VPH y de la vacuna contra el VPH en 365 mujeres de 19 a 26 años de edad. Los datos fueron tomados de investigación previa. Los resultado indican que el 76.7% de las participantes había escuchado sobre la vacuna. En relación al conocimiento de la prevención del VPH, la transmisión y el desarrollo de enfermedad fue muy variable, los participantes respondieron más de la mitad de los elementos de conocimiento correctamente ($M = 11.00, DE = 3.8$, rango 0-19).

El 93% de las participantes conocían que el VPH puede causar cáncer cervical y 78% las verrugas genitales, un 87% sabían que el VPH puede ser sexualmente transmitido y que la mayoría de las personas infectadas por el VPH no tienen signos o

síntomas visibles (80%), un 75% no sabía que el VPH por lo general desaparece por sí solo. El 90% cree que el VPH se transmite por el intercambio de fluidos corporales (forma incorrectamente), un 37% no sabían que el VPH se transmite por contacto genital de piel a piel. Sólo el 44% de los participantes conocían las consecuencias del VPH para los hombres y el 40% de los participantes conocían que los hombres pueden ser vacunados.

Nagpal et al. (2016), realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre la transmisión del VPH, su tratamiento, las consecuencias, eficacia de la vacuna y su prevención en adolescentes. Como objetivo secundario establecieron conocer si los adolescentes reciben las tres dosis de la vacuna contra el VPH en los centros de salud urbanos en la ciudad de Nueva York. La muestra estuvo conformada por 139 adolescentes de 14 a 20 años de edad. El diseño de estudio fue longitudinal, los participantes fueron elegidos a conveniencia. La edad promedio de los participantes fue de 17.9 años ($DE = 1.4$), el número de parejas sexuales fue de 1.7 ($DE = 1.3$) y el 53% de las participantes mencionaron tener uso consistente del condón casi siempre y siempre.

La puntuación media del conocimiento sobre el VPH fue de 19.9 ($DE = 6.4$, rango 0 a 30), poco más de la mitad de los participantes (52.2%) respondieron correctamente más del 70% de las preguntas. Las respuestas correctas para las preguntas individuales se mencionan a continuación: el 92.8% de los participantes conocían que el VPH causa CaCU, el 33.6% sabía que el VPH no se cura con antibióticos. Muchos de los participantes respondieron correctamente en los temas relacionados con el VPH, evolución de la enfermedad, la disponibilidad de vacunas y la transmisión a través de parejas sexuales. Un número menor de participantes respondieron correctamente en cuestiones relacionadas con la prevención del VPH y tratamiento.

Conocimiento de los derechos sexuales.

Adinew, Worku y Mengesha (2013), evaluaron el conocimiento sobre los derechos reproductivos y sexuales, así como factores asociados al conocimiento en estudiantes universitarios de Wolaita Sodo, Africa. La muestra estuvo conformada por 642 estudiantes regulares de pregrado, los cuales fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple. Los resultados arrojaron que el 80.4% de los participantes fueron del sexo masculino, la edad promedio fue de 20 años, la mayoría de los participantes estaban casados (95.5%), un 32.1% de los estudiantes refirieron haber tenido una experiencia sexual, la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 17.34 años de edad.

Un 54.5% de los participantes conocían cuáles eran sus derechos reproductivos y sexuales, la fuente de información de estos fueron los amigos en menos de la mitad de los participantes (48.8%) y en menor proporción sus padres (28.2%). El 24.5% de los participantes manifestó que el esposo debe conseguir sexo cuando quiera, el 63.7% estuvo de acuerdo que los padres tienen el derecho para decidir sobre cuestiones sexuales y de salud reproductiva de sus hijos y el 42.1% de los encuestados no estuvo de acuerdo con el derecho de la libertad de reunión y participación en la política para colocar problemas sexuales y reproductivos en la lista de prioridades durante la planificación de las intervenciones.

Autoeficacia para el uso del condón.

Ritchwood et al. (2015), llevaron a cabo un estudio con la finalidad de examinar el efecto del conocimiento sobre el uso del condón, actitudes hacia el uso del condón y la comunicación entre padres y adolescentes en la autoeficacia para el uso del condón. La muestra fue de 465 jóvenes afroamericanos rurales y sus cuidadores, la selección de los participantes fue a conveniencia. Los resultados indican que la edad promedio de los participantes fue de 12.55 años y el 55.5% fueron mujeres.

Los participantes indicaron tener conocimiento sobre uso del condón ($M = 1.57$, $DE = 1.56$, rango 0-6) y la autoeficacia para el uso del condón ($M = 14.37$, $DE = 6.53$; rango 0-24). El 13% de los participantes informó haber tenido actividad sexual. Los jóvenes sexualmente activos informaron niveles ligeramente más altos en la autoeficacia para el uso del condón ($M = 16.29$, $DE = 6.21$) comparado con los que no tenían vida sexual activa ($M = 14.37$, $DE = 6.53$) esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t_{[307]} = 2.51, p < .05$). Se encontró que los predictores en la autoeficacia para el uso del condón fueron: la edad ($\beta = .24, p < .001$), el género femenino ($\beta = -.14, p = .009$) y el conocimiento del uso del condón ($\beta = .20, p < .001$).

Opong et al. (2016), en su estudio plantearon como objetivo determinar si la autoeficacia para el uso del condón predice el uso del condón actual y la intención de su uso en el futuro. La muestra estuvo integrada por 518 estudiantes universitarios en Accra, Ghana. El diseño del estudio fue transversal, se eligieron a los participantes al azar de tres diferentes facultades. La edad promedio de los participantes fue de 21.59 años ($DE = 4.74$). El 83.59% eran sexualmente activos y solo el 47.68% informó haber usado condón durante su última relación sexual.

El 57.14% de los participantes manifestó la intención de usar el condón, siendo la intención mayor en las mujeres que en los hombres (60.50% vs 54.28 respectivamente). La escala de autoeficacia para uso de condón se correlacionó significativamente con el uso del condón en la última relación sexual ($r = .73, p < .01$) y con la intención para el uso del condón en el futuro ($r = .72, p < .01$). El análisis de regresión muestra que el modelo que examinó la autoeficacia para el uso de condón real explicó el 63% de la varianza en el uso real del condón ($R^2 = .63, F_{[4, 422]} = 58.39, p < .001$) y la intención para el uso del condón explicó un 61% de la varianza ($R^2 = .61, F_{[4, 507]} = 63.45, p < .001$).

Nesoff et al. (2016), realizaron un estudio con la finalidad de explorar el impacto de la autoeficacia para la negociación del uso del condón, los factores interpersonales y

los factores sensoriales sobre la conducta del uso del condón en mujeres universitarias de 19 a 35 años, así mismo, evaluó los beneficios y las barreras para el uso del condón. La muestra se conformó por 433 mujeres que desearon participar contestando un cuestionario por línea.

La edad promedio de las participantes fue de 25.6 años ($DE = 3.1$). En el modelo de regresión logística multivariado mostró que los beneficios para el uso del condón ($OR = 1.34$, IC 95% [1.16, 1.56]), las barreras para el uso del condón ($OR = .73$, IC 95% [.62, .85]), la conveniencia ($OR = 1.29$, IC 95% [1.17, 1.41]) y la auto-eficacia para la negociación para el uso del condón ($OR = 1.32$, IC 95% [1.17, 1.48]), fueron significativamente asociados con su uso en los últimos dos meses. La autoeficacia para la negociación del uso del condón fue una constante estadísticamente significativa como predictor del uso del condón. Los beneficios percibidos del uso del condón y la percepción de comodidad de su uso también tuvieron efectos positivos en el uso consistente del condón femenino. Las barreras tuvieron un efecto negativo en el uso consistente del condón para las tres variables resultado, al igual que las experiencias negativas del pasado con el uso del condón.

Leddy, Chakravarty, Dladla, De Bruyn y Darbes (2015), realizaron un estudio con el objetivo de conocer la asociación entre autoeficacia para la comunicación sexual, normas masculinas hegemónicas y el uso de condón. Se efectuó en una muestra final de 163 parejas heterosexuales sexualmente activas, seleccionadas de forma no probabilística. El diseño de estudio fue transversal. Los resultados muestran que la edad promedio de los hombres fue de 34.5 años ($DE = 10$) y en las mujeres de 31 años ($DE = 8.9$). El 37% de las parejas reportaron uso consistente del condón en los últimos 30 días. Además las parejas con niveles más altos de autoeficacia para la comunicación sexual tuvieron mayor probabilidad para usar el condón de forma consistente ($OR = 1.33$, IC 95% [1.20, 1.46]).

Autoeficacia para mantener una pareja estable.

Chilisa et al. (2016) realizaron un estudio con la finalidad de identificar predictores (entre ellos el control conductual percibido) para practicar la monogamia en adolescentes. La muestra se conformó por 286 adolescentes entre 14 y 17 años de edad de Gaborone. El diseño de estudio fue mixto. La edad promedio de los participantes fue de 12.7 años, en promedio habían tenido 2.68 parejas sexuales, el 24% de los hombres había tenido relaciones sexuales y un 22% de estos refirió no haber usado condón y el 31% de las mujeres.

Los adolescentes refirieron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con la intención de limitar el número de parejas sexuales ($M = 3.85$) y la percepción para practicar la monogamia fue neutra ($M = 3.82$). Los resultados indicaron que los predictores para practicar la monogamia fueron: la actitud ($\beta = .288, p < .01$), la norma subjetiva ($\beta = .270, p < .01$) y el control conductual percibido ($\beta = .281, p < .01$).

Beadnell et al. (2008), efectuaron un estudio con el objetivo de predecir la intención de usar condón con parejas casuales y tener pareja sexual estable. La muestra se conformó por 486 hombres heterosexuales elegidos aleatoriamente. Se encontró que la motivación para embarazarse influye positivamente en la autoeficacia para la monogamia ($r = .20, p < .01$), así mismo, quienes acudían a la iglesia se consideraban más capaces de practicar la monogamia ($r = .15, p < .01$) y los roles de género tradicionales se relacionaron de manera negativa con la autoeficacia para practicar la monogamia ($r = -.17, p < .05$). También se encontró que la autoeficacia tiene influencia directa con la intención para la monogamia ($r = .19, p < .01$) o llevarla a cabo ($r = .23, p < .01$).

Norma subjetiva para una conducta sexual protectora para VPH.

Prati et al. (2014), realizaron un estudio con la finalidad de examinar la asociación entre el uso del condón, la intención, la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. El diseño del estudio fue longitudinal, la muestra estuvo

integrada por 958 adultos italianos, los cuales fueron elegidos de forma aleatoria. La norma subjetiva ($r = -.04$, $p > .05$) y el control conductual no fueron predictivos para el uso subsecuente del uso del condón en la segunda medición.

Rijsdijk et al. (2012), llevaron a cabo una investigación con la finalidad de examinar los predictores en la intención de usar condón y la intención de retrasar el inicio de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria en Uganda. La muestra fueron 1503 estudiantes seleccionados de 48 escuelas algunas de estas aisladas por género. La edad promedio de los participantes fue de 16.1 años ($DE = 1.86$), el 55.3% fueron hombres, el 27.4% refirió haber iniciado vida sexual, de estos 37.4% fueron hombres y 19.4% mujeres. La intención de utilizar el condón se correlacionó positivamente con la actitud (referida a es agradable de usar un condón) ($r = .08$, $p < .01$), así mismo, se correlacionó con la autoeficacia para el uso del condón ($r = .29$, $p < .01$) y la norma social percibida hacia el uso del condón ($r = .18$, $p < .01$).

Entre los participantes con experiencia sexual previa, la actitud hacia el uso de condón ($\beta = .11$, $p < .01$), la norma social percibida hacia su uso ($\beta = .10$, $p < .01$) y la autoeficacia para utilizarlo ($\beta = .33$, $p < .001$) se asociaron positivamente con la intención de su uso, juntos explicaron el 17% de la varianza. Entre los participantes sin experiencia sexual previa, la percepción de la norma social hacia el uso del condón fue la única que mostró tener efecto ($\beta = .14$, $p < .01$) explicando el 7% de la varianza en la intención para el uso del condón.

Eggers et al. (2016), efectuaron un estudio longitudinal (seis meses) con el objetivo de evaluar el valor predictivo de las actitudes, la norma subjetiva, autoeficacia en la intención del uso del condón en adolescentes de tres ciudades diferentes: ciudad A ($n = 625$), ciudad B ($n = 271$) y ciudad C ($n = 404$). Sus resultados los compararon con estudios realizados en Europa y EUA. La edad promedio de los participantes fue de 14.1 años ($DE = 1.51$), el 74% fueron hombres y el 28% refirió ser sexualmente activos.

Al inicio un 30% de los participantes refirió usar condón y en la segunda medición incrementó a 37% y el 34% refirió ser sexualmente activo. El análisis inferencial mostró que las actitudes, normas subjetivas, y la autoeficacia fueron débilmente a moderadamente correlacionados con el uso del condón al inicio del estudio y en el seguimiento. En la comparación de los resultados los autores reportan once estudios que incluyen la norma subjetiva como predictor para el uso del condón, (valores oscilaron entre $\beta = .17$ a $\beta = .42$) y/o se relaciona significativamente con su uso (valores oscilaron entre $r = .29$ a $r = .64$).

Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón.

De Vet et al. (2011), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar si 159 mujeres entre 16 y 30 años de edad formaban de manera completa y precisar la intención de implementar el uso del condón y para la implementar la intención de llevar a cabo las conductas preparatorias para su uso (comprar, llevar y negociar su uso) y relacionar la calidad de la intención de implementar y las conductas de preparación para el uso de condón. El diseño de estudio fue ensayo clínico aleatorizado (con seguimiento a los dos meses). A las participantes se les pedía que imaginaran las situaciones en las que los próximos meses podrían usar el condón.

El promedio de edad de las participantes fue de 20.5 años ($DE = 3.15$), el número de parejas sexuales osciló entre 1 a 40 ($M = 6.4$, $DE = 6.6$), el 47.7% de las participantes siempre tenía condones disponibles en casa, 9.9% llevaba condones cuando salía y un 36.2% siempre llevaba condones cuando pensaba que tendría sexo.

En el seguimiento a los dos meses un 23.4% de las participantes reportó haber comprado condones, el 58.4% siempre tenía condones en la casa, el 12% llevaba condones cuando salía, un 36.9% siempre llevaba condones cuando pensaba que tendría sexo y el 36% siempre negoció sobre su uso con una nueva pareja. El 17.6% desarrolló de manera completa la intención de implementar el uso del condón. Un 37% tenían la

intención de comprar condones de forma completa, 75.3% para llevar condones, el 39% para negociar su uso y el 27.4% para el uso.

Intervenciones en adolescentes y/o jóvenes.

Krawczyk et al. (2012), realizaron una intervención con el objetivo de comparar la eficacia de dos intervenciones educativas para incrementar el conocimiento del VPH e intención de vacunación en una muestra de 200 estudiantes universitarios de Montreal y Quebec, Canadá. Los participantes fueron aleatorizados a tres grupos de intervención: grupo de información escrita, el grupo de video o al grupo control. El grupo de intervención que tenía información escrita tenía que leer un folleto sobre el VPH y la vacuna, el otro grupo observó un video educativo sobre el VPH y la vacuna. El grupo control leyó un folleto acerca de estrategias generales para prevenir el cáncer. Se aplicó un cuestionario al inicio y final de la intervención.

Los resultados mostraron que previo a la intervención los participantes tenían un conocimiento medio ($M = 10.58$, $DE = 4.55$) y un 89% había escuchado sobre el VPH. Los resultados para conocimiento mostraron un efecto significativo por grupo ($\eta^2 = .12$, $p < .001$), por tiempo ($\eta^2 = .66$, $p < .001$) y género ($\eta^2 = .10$, $p < .001$). En cuanto al tiempo, el grupo de intervención escrita ($M_{pre} = 10.48$, $DE = 4.86$; $M_{post} = 17.46$, $DE = 2.09$) y el grupo de intervención de video ($M_{pre} = 11.49$, $DE = 4.25$; $M_{post} = 16.70$; $DE = 2.19$) mostraron incremento significativamente en el conocimiento. No se encontró aumento significativo de conocimiento en el grupo control, así mismo, no fueron significativas las diferencias en los niveles de conocimiento entre los grupos de intervención. La intención para la vacuna fue significativa en ambos grupos de intervención en el tiempo ($\eta^2 = .12$, $p < .001$). El grupo de intervención de video ($M_{pre} = 3.14$, $DE = 1.85$; $M_{pos} = 4.39$, $DE = 1.86$) y el de información escrita ($M_{pre} = 3.52$, $DE = 1.94$; $M_{pos} = 4.57$, $DE = 1.90$) incrementaron significativamente la intención comparado con el control en tiempo. No hubo diferencia significativa en la intención de adquirir la vacuna en el grupo de intervención de video y lectura.

Marek et al. (2012), realizaron una intervención con la finalidad de explorar el impacto de un programa breve centrado en el conocimiento, creencias y actitudes hacia el VPH en una muestra de 394 adolescentes de ambos sexos entre 14 a 19 años de edad, en dos escuelas de Hungría. El diseño de estudio fue cuasiexperimental, los participantes fueron elegidos de forma no probabilística, conformando el grupo experimental por 191 participantes (102 hombres y 89 mujeres) y el grupo control por 203 (75 hombres y 128 mujeres). La intervención consistió en una presentación didáctica con duración de 45 minutos. Se aplicó un instrumento al inicio de la intervención y a los tres meses.

Los resultados muestran que el 41.1% de los adolescentes fue sexualmente activos, el rango de edad de la primera relación sexual fue de los 13 a 14 años y el 27.9% tuvo solo una pareja sexual antes del estudio. El 66% de los participantes del grupo experimental al inicio de la intervención conocían sobre el VPH y 64.5% en el grupo control. Al finalizar la intervención en ambos grupos el conocimiento incrementó de manera significativa (87.7%, $p < .001$; 74.4%, $p = .028$ respectivamente), al igual que el conocimiento sobre la relación del VPH con el CaCU, (7.9% a 22.1%, $p < .001$) en el grupo experimental, mientras que en el grupo control el incremento no fue significativo (17.7% a 18.6%, $p = .983$).

Ching-Yi et al. (2015), efectuaron un estudio con el objetivo de identificar la eficacia del método de enseñanza asistido por Facebook en el conocimiento y actitudes hacia la prevención del CaCU y en la intención de vacunación contra el VPH en 200 adolescentes femeninas de una secundaria en Taipéi. La intervención se llevó a cabo mediante un diseño de investigación cuasi experimental, se asignó la mitad de participantes al grupo experimental y la otra al control. Se dio seguimiento a los dos meses.

La intervención consistió en realizar lectura sobre la prevención del CaCU en clase durante 50 minutos en los dos grupos durante dos semanas, el grupo experimental realizó seis horas (distribuidas durante dos semanas) de discusión en línea a través de

Facebook y el grupo control la discusión fue llevada a cabo cara a cara. Se aplicó pretest (T0), posttest (T1) y a los dos meses (T2) se efectuó una medición de seguimiento.

La edad promedio de las participantes fue de 15.35 años ($DE = 5.35$), el 15% de los participantes del estudio había tenido experiencia sexual, la media de edad de la primera relación sexual fue de 14.94 años y el número promedio de parejas sexuales fue de 1.38. En el grupo experimental se observó cambio de 2.94 puntos en el conocimiento sobre el CaCU de T0 a T1, más que en el grupo control ($\beta = 2.94, p < .001$). Del T1 al T2 se tuvo un incremento de 1.26 puntos ($\beta = 1.26, p = .047$), en total, se observó un incremento de 4.02 puntos en el conocimiento del grupo experimental. En relación a la intención de vacunación (si fuera sin costo) en el grupo experimental se observó un cambio significativo en las puntuaciones de T0 a T1 siendo 2.28 veces mayor que en el grupo control ($\beta = 2.28, p < .001$) y de T1 a T2.

Los resultados en el grupo experimental fueron 1.01 veces mayor que el grupo control ($\beta = 1.01, p = .915$), en total, se observó un cambio de 2.31 puntos. Si la vacuna fuera con costo la intención de adquirirla fue significativa en el grupo experimental de T0 a T1 fue 1.95 veces mayor que en el grupo control ($\beta = 1.95, p = .033$). De T1 a T2, la intención fue 1.20 veces mayor en el grupo experimental que en el control, sin embargo, no fue significativo ($\beta = 1.20, p = .528$).

Herrera-Ortiz, Arriaga-Demeza, Conde-González y Sánchez-Alemán (2013), realizaron una intervención con el objetivo de conocer el cambio de conocimiento sobre las ITS virales, la percepción del riesgo y de comportamiento sexual en 182 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. La elección de los sujetos fue por conveniencia, el diseño de la intervención fue un ensayo comunitario (antes y después). La intervención se dio en tres fases, al inicio de la intervención se aplicó un cuestionario y se entregaron folletos informativos sobre la prevención del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y VPH. La segunda etapa se realizó cuatro meses después y consistió en la

entrega de los mismos folletos. Tres meses después de esta etapa se llevó a cabo la etapa final donde se aplicó un cuestionario para evaluar la percepción del folleto.

A los ocho meses después de la intervención se tuvo una tasa de retención del 69% de los participantes. El 54% fueron hombres, un 84.7% se encontraban en el rango de edad de 18 a 20 años, el 61.6% manifestó haber tenido relaciones sexuales y el 34.7% haber usado condón en la última relación sexual. En cuanto al índice de conocimientos de las ITS, se observó que los alumnos tuvieron un mayor conocimiento sobre VPH comparado con VHS-2 en los tres niveles del índice de conocimientos (alto [$p < .001$], medio [$p = .020$] y bajo [$p < .001$]).

Al inicio de la intervención se observó que el conocimiento sobre el VPH era mayor que el de VHS-2. Previo a la intervención el 41.9% de los participantes tuvo un índice de conocimiento alto sobre el VPH, el cual se incrementó a 51.69% ($p = .16$) al final de la misma, pero la proporción de estudiantes disminuyó en el índice de conocimiento bajo (37.9% a 33.9%, $p = .59$) y medio (20.2% a 14.5%, $p = .32$). Las mujeres tuvieron un mayor conocimiento de VPH que los hombres (89.9% vs 76.9%, $p = .009$), cabe señalar que los estudiantes de mayor edad tuvieron mejor conocimiento sobre estas ITS, así como aquellos que ya habían iniciado su vida sexual.

Calderón-Garcidueñas et al. (2015), llevaron a cabo una intervención con el fin de desarrollar conocimientos y habilidades en los estudiantes para analizar y resolver los problemas prácticos de la promoción de la salud en relación al cáncer de mama y el CaCU, además de educar a los estudiantes para que actúen como promotores de salud en casa. La muestra estuvo conformada por 831 (448 mujeres y 382 hombres) estudiantes de tres escuelas secundarias de Monterrey, la selección de la escuela fue aleatoria.

La intervención consistió en tres sesiones educativas, en la primer sesión se llevó a cabo el pretest, posteriormente se otorgó un folleto para que fuera leído en casa, así mismo, se envió un instrumento para que lo llenara la mamá del participante; la segunda sesión fue una plenaria y en la tercera se realizó posttest. Los resultados mostraron que la

edad promedio de los participantes fue de 13 años (mujeres fue de 13.21 años [$DE = .91$] y en los hombres de 13.23 años [$DE = 1.08$]). El nivel de conocimientos y habilidades aumentó significativamente de 53.44% hasta 74.68% después de la intervención ($z = -95.96, p < .001$).

Mehta et al. (2013), llevaron a cabo una intervención basada en el modelo de creencias en salud para incrementar la intención de recibir la vacuna contra el VPH en hombres universitarios de 18 a 25 años de edad. El diseño del estudio fue un ensayo clínico aleatorizado, la muestra se conformó por 90 estudiantes a través de un muestreo de bola de nieve. Se realizó asignación aleatoria, de 45 participantes para cada grupo de intervención. El grupo experimental recibió una sesión educativa con duración de 2 horas, donde los contenidos de la intervención estuvieron basados en el modelo de creencias en salud. Para el desarrollo de la sesión se emplearon diapositivas y estrategias como role play, lluvia de ideas y discusión. Se realizó pretest y posttest entre el primer mes y al tercer mes una medición de seguimiento.

Al inicio de la intervención se encontraron diferencias significativas en los beneficios percibidos siendo mayor en el grupo experimental que en el control (7.40 vs 7.08 $p < .001$) así como las barreras percibidas (5.49 vs 5.35, $p = .004$). No se encontró diferencia significativa en la intención de vacunación ($p = .578$). Al finalizar la intervención la tasa de retención fue de 17.8%.

Al comparar la diferencia entre la medición previa a la intervención y el posttest se encontró diferencia significativa en la gravedad percibida ($p < .001$), las barreras percibidas ($p < .001$), la autoeficacia ($p < .001$), y la intención para la vacuna ($p < .001$) en el grupo experimental. El efecto principal en tiempo fue para el conocimiento ($p < .001$), siendo mayor en el grupo experimental.

Bonafide y Venable (2015), realizaron una intervención breve en la cual examinaron la influencia de información para aceptar la vacuna contra el VPH de manera altruista para protección de la mujer y como autoprotección. La muestra estuvo

conformada por 200 hombres universitarios que participaban en el curso de inducción para la carrera de psicología que hubieran recibido la vacuna contra el VPH. El diseño del estudio fue cuasi experimental, la asignación al grupo de intervención fue de manera aleatoria (información esencial del VPH, información sobre condiciones de salud del hombre relacionada con el VPH, información sobre riesgos en la salud de la mujer asociados con el VPH y combinación de información de riesgos y alteraciones de salud en hombres y mujeres asociados con el VPH).

La intervención consistió en ver un video con el enfoque de acuerdo a la condición de la intervención. Se aplicó un cuestionario al inicio y al final de la intervención. La edad promedio de los participantes fue de 19 años ($DE = 2.2$), el 81% de los participantes informó haber tenido sexo vaginal alguna vez en su vida y haber tenido en promedio cuatro parejas sexuales en toda su vida y el 54% había tenido sexo vaginal sin protección en su vida. En relación al conocimiento sobre el VPH se encontraban moderadamente bien informados acerca de las causas y consecuencias (puntuación media del conocimiento del VPH de 6.7 de un posible de 10 puntos). El 67% de los participantes informaron que nunca había oído hablar de la vacuna contra el VPH antes de participar en el estudio.

Se encontró efecto significativo para la aplicación de la vacuna en el grupo que recibió información sobre los riesgos de la salud de la mujer por VPH ($t_{[198]} = -3.5, p = .005$) como en quienes recibieron información específica de alteraciones de salud en hombres ($t_{[198]} = -5.7, p < .001$). Los participantes que recibieron información sobre los riesgos en la salud de la mujer por VPH puntuaron más alto en la escala de vacunación de motivos altruistas ($M = 4.4, DE = .67$) que aquellos que no lo hicieron ($M = 4.1, DE = .71$).

Sweeney, McAnulty, Reeve y Cann (2015), realizaron una intervención para reducir el riesgo de infectarse con el VPH, guiada por la TCP en mujeres universitarias de 18 a 24 años de edad. El diseño de estudio fue experimental aleatorizado, la muestra

se conformó de 82 jóvenes (42 en el grupo control y 40 en el grupo de intervención). La intervención consistió en una sesión educativa con duración de 60 minutos en la que se llevó a cabo lectura y discusión sobre aspectos generales de la infección del VPH, factores de riesgo para la infección de VPH y pre cáncer, prevención, diagnóstico tratamiento, habilidades para fortalecer la conducta y estrategias de comunicación. El grupo control observó un video sobre habilidades de estudio. Se realizó el pretest, posttest y una medición de seguimiento al mes en ambos grupos.

La edad promedio de las participantes fue de 20 años, el promedio del número de parejas sexuales en el último mes fue de 2.01 y 11% las participantes habían recibido la vacuna contra el VPH. La intervención tuvo efecto significativo en incrementar el conocimiento sobre el VPH del pretest al posttest ($R^2 = .19, p < .05$), en el control conductual tuvo efecto pequeño no significativo ($R^2 = .02, p > .05$).

Richman, Maddy, Torres y Goldberg (2016), implementaron una intervención con la finalidad de incrementar la cobertura de las tres dosis de la vacuna contra el VPH así como su conocimiento. La población estuvo conformada por 26 947 estudiantes del colegio rural de Carolina del Norte. Se incluyeron a 309 estudiantes (134 en el grupo experimental y 130 en el grupo control) que habían recibido la primera dosis de la vacuna. El diseño de estudio fue experimental. La intervención consistió en enviar siete mensajes de texto o por e-mail (cuatro con contenido educativo, dos a manera de recordatorio y uno para completar la encuesta), el medio para recibir la información dependía de la preferencia del participante, el grupo control recibió el cuidado estándar.

El promedio de edad de los participantes fue de 20.7 años (rango 18-26 años), el 60% fueron mujeres y el 86% de los participantes mencionó haber tenido sexo. El incremento del conocimiento del VPH en el grupo experimental del pretest ($M = 87, DE = .11$) al seguimiento ($M = 93, DE = .08$) fue significativa ($p < .01$). No se encontraron cambios significativos en el conocimiento en la medición inicial y en el seguimiento en el grupo control ($M = 88, DE = .011$ vs $M = 89, DE = .15, p > .05$), en el

grupo experimental las puntuaciones fueron mayores que en el grupo de control ($M = 93$, $DE = .08$ vs $M = 89$, $DE = .15$, $p < .01$).

Katz et al. (2014), implementaron una intervención con la finalidad de probar si un comic mejora las tasas de vacunación contra el VPH en adolescentes. Se incluyeron a padres (20) y adolescentes en edades de 9 a 14 años ($n = 7$). Los adolescentes completaron un cuestionario al finalizar de leer el comic. Los padres participaron sugiriendo sobre el diseño del comic.

El comic incluyó una historia que permitió aumentar la percepción de susceptibilidad de contagiarse con el VPH, la importancia de la vacunación, las barreras para efectuarla y la intención de recibir la vacuna. El conocimiento sobre el VPH aumentó significativamente después de leer el cómic (2.7 a 4.6 respuestas correctas en una escala de 0 a 5; $p < .01$) y las actitudes fueron más positivas hacia la vacunación ($p < .05$).

Kim et al. (2015), realizaron un estudio con la finalidad de comparar el efecto de un programa educativo para VPH en estudiantes universitarios de Corea. El diseño de estudio fue cuasi-experimental y la muestra se conformó a conveniencia por 31 hombres y 28 mujeres. El programa consistió en ocho sesiones de 50 minutos cada una, distribuidas en cuatro semanas, se emplearon estrategias como lectura con folletos, discusión en pequeños grupos y modelado del uso del condón.

La edad promedio de las participantes mujeres fue de 20.57 y de los hombres 19.70. El 7% de los hombres y 14% de las mujeres había escuchado sobre el VPH. Al inicio del programa el conocimiento del VPH en los hombres era menor que en las mujeres ($M = .80$, $DE = 1.19$ vs $M = 1.46$, $DE = 1.64$, $p = .19$). En relación a los derechos sexuales las mujeres tenían mayor conciencia sobre estos que los hombres, sin embargo, esta diferencia no fue significativa ($M = 55.82$, $DE = 6.67$ vs $M = 53.67$, $DE = 7.38$, $p = .25$). Al completar el programa, los estudiantes hombres mostraron un incremento en el conocimiento del VPH de manera significativa ($z = -3.80$, $p < .001$) y en

la conciencia de los derechos sexuales ($z = -2.78, p = .005$). Así mismo, el conocimiento del VPH en las mujeres aumentó significativamente ($z = -3.16, p = .002$) y la conciencia de los derechos sexuales ($z = -2.83, p = .005$).

Síntesis de Estudios Relacionados.

A continuación se presenta la síntesis de la revisión de literatura de las variables de estudio. Primero, se hace mención a los estudios de tipo correlacional de las variables de estudio con la conducta sexual protectora para VPH, posteriormente a las intervenciones enfocadas a la prevención del VPH.

Se incluyeron dos estudios relacionados con la conducta sexual previa, en estos estudios se observó que quienes tienen mayor número de parejas sexuales tienden a usar menos el condón, así mismo quienes tienen una pareja estable. Se encontraron seis estudios en los que el principal objetivo fue conocer el conocimiento que se tenía sobre el VPH. Se observó que el conocimiento sobre el VPH va de niveles bajos a medios, al comparar por género, las mujeres tienen mayor conocimiento que el hombre. En relación a la vinculación del VPH con el cáncer sólo tres estudios incluyeron la vinculación con el CaCU, encontrando que un alto porcentaje de los participantes conoce de su relación (70.5% a 93%), poco porcentaje de los participantes en los estudios conocían la forma de transmisión (37% a 68.2%). Además se observó que el conocimiento sobre el VPH se relaciona con la intención del uso de condón (dos estudios). El conocimiento del VPH fue mayor en las mujeres que se habían realizado una citología vaginal y en aquellas que habían aplicado la vacuna contra el VPH.

En relación al conocimiento de los derechos sexuales un estudio realizado en estudiantes refiere que pocos de los participantes conocían sus derechos sexuales y reproductivos. Se encontraron tres estudios que establecen que la autoeficacia es predictora del uso del condón y en la intención de su uso, quienes tenían mayor edad presentaban mayor autoeficacia. Respecto a la autoeficacia para practicar la monogamia, en dos estudios se observó que esta variable es predictora y se relaciona con la intención

de tener solo una pareja. Para la norma subjetiva para una conducta sexual protectora para VPH, se encontraron tres artículos los cuales indican que la norma subjetiva se asocia de manera significativa en la intención con el uso del condón.

Solamente se incluyó un estudio que abordó la intención de implementar el uso del condón, se observó que el 17.6% de las participantes formó de manera completa la intención de implementar. Un 37% formó la intención de comprar condones de manera completa, el 75.3% para llevar condones, el 39% para discutir el uso y el 27.4% para su uso.

Se encontraron diez intervenciones de las cuales sólo dos de estas fueron exclusivas para hombres, dos fueron exclusivas para mujeres y el resto incluyó ambos sexos. En su mayoría la finalidad de las intervenciones fue incrementar el conocimiento relacionado con el VPH, dos de estas incluyeron el conocimiento sobre el VPH, cinco intervinieron para incrementar la intención de adquirir la vacuna contra el VPH y solo una incluyó aspectos relacionados con los derechos sexuales. Las intervenciones consistieron en una sola sesión o entre 4 a 8 sesiones educativas. El tiempo de las sesiones osciló entre 45 minutos a 2 horas, el número de participantes para las sesiones tuvo como mínimo entre 9 a 35 participantes.

Solo en la intervención que empleó folletos sobre la prevención del VPH y factores de riesgo para su infección, no mostró ser efectiva para incrementar el conocimiento sobre el VPH. Sin embargo, a través de la lectura de folletos informativos sobre el VPH y el CaCU y discusión sobre puntos relacionados con su transmisión y consecuencias, se incrementó el conocimiento sobre estos. A través del uso de videos (en tres intervenciones), mensajes de texto (una intervención) y de la exposición didáctica empleando presentaciones con diapositivas (dos intervenciones) se dio a conocer información sobre los diferentes tipos de VPH y formas de prevención con las que fue posible incrementar el conocimiento sobre el VPH de forma significativa.

Las intervenciones también mostraron ser efectivas (dos intervenciones) para mejorar la actitud hacia el VPH por medio de la discusión de la información relacionada con VPH a través Facebook. Las intervenciones que lograron incrementar la intención para la vacunación emplearon videos cortos o folletos, en estos los participantes llevaron a cabo lectura sobre información relacionada con la infección del VPH. Así mismo, mediante la lectura de folletos y llevar a cabo discusión de la información en grupos pequeños durante las sesiones a las que acudían los participantes fue posible incrementar la conciencia sobre los derechos sexuales.

Definición de términos

Conducta sexual previa: se refiere al comportamiento sexual que los adolescentes han tenido relacionados con el uso del condón y número de parejas sexuales en los últimos tres meses. Esto fue medido a través de la cédula de datos personales.

Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer: es la información que tiene el adolescente relacionada con cuál es la causa del VPH, los síntomas del VPH, factores de riesgo, las consecuencias del VPH, (principalmente la vinculación con el cáncer), formas de detectar, de prevenir y tratar el VPH. Fue determinado a través de la escala de conocimiento general y conocimiento de vacunación contra el VPH (Perez et al., 2017).

Conocimiento de los derechos sexuales: se consideró la información que el adolescente tiene sobre los derechos para ejercer una sexualidad saludable, incluye la equidad, la libertad y seguridad de la persona, la autonomía e integridad del cuerpo, ejercer sexualidad libre de tortura, trato cruel o inhumano, libre de violencia o coerción, derecho a la privacidad, derecho a la salud sexual, educación e información. Fue determinado a través de la escala de conciencia de los derechos sexuales (Kim et al., 2013).

Autoeficacia para el uso del condón: es la capacidad que el adolescente refiere para usar el condón y negociar su uso. Se midió a través de la escala de autoeficacia para el uso de condón (Brafordd & Beck, 1991).

Autoeficacia para mantener una pareja estable: es la capacidad que el adolescente percibe para mantener una pareja estable o limitar el número de parejas. Fue medida por medio de la escala para autoeficacia para mantener una pareja estable (adaptada de Brafordd & Beck, 1991).

Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH: se consideró a la presión que amigos u alguna otra persona ejerce en el adolescente para el uso del condón y limitar el número de parejas sexuales. Se midió a través de cuatro preguntas incluidas en la cédula de datos personales.

Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón: se refiere a la intención del adolescente para planear el uso del condón en su próxima relación sexual, el plan incluye contemplar dónde adquirir, cómo llevar y negociar su uso. Esto fue medido a través de la escala de fuerza en la intención de implementar el uso del condón (Nydegger et al., 2017).

Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable: se refiere a la intención que el adolescente tiene para planear tener una sola pareja o limitar el número de parejas. Esto fue medido a través de la escala de intención de implementar una pareja estable (adaptada de Nydegger et al., 2017).

Conducta sexual protectora para VPH: se refiere a la frecuencia de conductas sexuales seguras como es el uso de condón durante las relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales y evitar contacto directo con la piel de genitales de la pareja. Fue medido a través del cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH (adaptado de Dilorio, 2009).

Objetivo general

Determinar la eficacia preliminar de una intervención educativa orientada a incrementar la conducta sexual protectora para VPH en adolescentes inscritos en una preparatoria pública.

Objetivos específicos

1. Determinar la factibilidad (reclutamiento y retención de participantes, componentes de la intervención, fidelidad de la intervención, disposición de la institución educativa y los adolescentes y la satisfacción de los participantes con la intervención) de implementar una intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para VPH en adolescentes.

2. Identificar si la conducta sexual previa y la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH se relacionan con la conducta sexual protectora para VPH.

Hipótesis

1. Los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer, así como el conocimiento de los derechos sexuales, comparado con el grupo control.

2. Los adolescentes que pertenecen al grupo intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable, comparado con el grupo control.

3. Los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y mantener una pareja estable, comparado con el grupo control.

4. Los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la conducta sexual protectora para VPH, comparado con el grupo control.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describe el diseño del estudio seleccionado para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados. Se especifica el diseño de estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, criterios de exclusión, criterios de eliminación, instrumentos de medición, selección de los participantes, reclutamiento y selección de los facilitadores, fidelidad de la intervención, la intervención, descripción de las sesiones, consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

Diseño del estudio

El tipo de diseño fue experimental, siendo en el grupo de intervención en el que se probó una intervención educativa para incrementar el conocimiento sobre el VPH relacionado con el cáncer, el conocimiento de derechos sexuales, la autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable y la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y para mantener una pareja estable (variables independientes), y determinar su efecto en la conducta sexual protectora para VPH. Al grupo control se le dio una sesión informativa sobre ITS (Grove, Burns & Gray, 2013, p. 245).

Tabla 1

Diseño de intervención

Aleatorización al grupo	Pretest	T _x	Posttest	Seguimiento
Intervención	O ₁	Intervención educativa	O ₂	O ₃
Control	O ₁	Información habitual	O ₂	O ₃

Nota: O₁ = Primera observación; O₂ = Segunda observación; O₃ = Tercera observación; T_x = Tratamiento

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por adolescentes de ambos sexos que cursaban nivel de preparatoria, en una escuela pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para estimar la muestra se utilizó el paquete estadístico n´Query Advisor versión 4 (Elashoff, Dixon, Crede & Fothermringham, 2000), considerando un análisis de comparación de medias, para una prueba bilateral con nivel de significancia de .05, potencia de .90, tamaño de efecto mediano de .5 (Cohen, 1988) y una tasa de deserción del 26%, obteniendo un tamaño de muestra de 120 participantes. Sin embargo, se consideró ampliar el tamaño de la muestra debido a que los resultados de investigaciones previas reportan tasas de deserción altas. La muestra final se conformó de 68 participantes en el grupo de intervención y 65 en el control, los cuales fueron asignados de forma aleatoria, estratificados proporcionalmente de acuerdo al sexo.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a los adolescentes que habían iniciado vida sexual, lo cual se identificó a través de la pregunta: ¿alguna vez en la vida has tenido relaciones sexuales?, incluida en la cédula de preguntas filtro (Apéndice A).

Criterios de exclusión

Se excluyeron a adolescentes casados o en unión libre, aquellos que indicaron tener hijos o que refirieron haber tenido alguna ITS y que habían participado en algún programa de prevención de ITS en el último año. Lo anterior fue identificado a través de una cédula de preguntas filtro (Apéndice A).

Criterios de eliminación

Adolescentes que no asistieron al 80% de las sesiones o que no acudieron a la quinta sesión debido a que esta se consideró esencial ya que se les proporcionaron herramientas para el desarrollo del plan para el uso del condón y mantener una pareja estable, que se consideró como un indicador importante para llevar a cabo la conducta sexual protectora.

Instrumentos de medición

Las mediciones consistieron en instrumentos de lápiz y papel, las cuales se realizaron al inicio de la intervención (pretest), al término de la intervención (postest) y a los tres meses de la segunda medición (seguimiento). Para los instrumentos que se encontraban en idioma inglés fue necesario efectuar la traducción y retraducción (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas & Delclós-Clanchet, 2013). La traducción del idioma inglés al español se llevó a cabo por dos profesionales bilingües, cuya lengua materna era el inglés, posteriormente efectuaron traducción del español al inglés. Después se tuvo la consolidación del cuestionario final por parte de un profesional de la salud quien revisó que los reactivos de los instrumentos en español fueran apropiados. Para determinar la comprensión de los reactivos de cada instrumento, se realizó una prueba piloto en un grupo de adolescentes.

Se incluyó una cédula de datos personales (Apéndice B) la cual se conformó de tres apartados. La primera permitió conocer los datos sociodemográficos de los participantes como: edad, género, con quién vive, si tiene novio/novia o pareja, si sabe que existe una vacuna para prevenir el VPH, si se ha aplicado la vacuna, entre otras. El segundo, permitió identificar datos relacionados con la conducta sexual como fue la edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales alguna vez en la vida, uso de condón en los últimos tres meses, tipo de pareja, entre otros.

El tercer apartado incluye cuatro preguntas que permitieron determinar la norma subjetiva para una conducta sexual protectora para VPH (¿Te sientes presionado por tus amigos o alguna otra persona para usar un condón?, ¿Te sientes presionado por tus amigos para disminuir el número de parejas sexuales?, etc.), estas tienen escala de respuesta tipo Likert la cual va de 1 = fuertemente en desacuerdo a 5 = fuertemente de acuerdo, una puntuación alta indica mayor presión social.

La escala de conocimiento general y conocimiento de la vacuna contra el VPH (Apéndice C) permitió determinar el conocimiento sobre VPH relacionado con el cáncer

(Pérez et al., 2016). La escala consta de 25 preguntas que corresponden al conocimiento general sobre el VPH y 11 relacionadas con la vacunación, para este estudio solo se tomaron en cuenta las preguntas relacionadas al conocimiento general. Se adicionaron nueve preguntas respecto a la forma de prevención del VPH debido a que en el instrumento no se habían contemplado (preguntas de la 26 a la 34). Las opciones de respuesta son: 1= correcto, 2 = incorrecta o 3 = no sé. A cada pregunta correcta se le asigna valor de un punto obteniendo una puntuación que va de 0 a 34 puntos, una puntuación alta indica mayor conocimiento. La escala ha sido utilizada en idioma inglés y francés en adultos canadienses mostrando confiabilidad aceptable ($\alpha = .87$ y $\alpha = .73$ respectivamente). Fue necesario realizar la traducción y retraducción de la escala ya que no se cuenta con versión en español.

Para determinar el conocimiento de los derechos sexuales se empleó la escala de conciencia de derechos sexuales (Kim et al., 2010) (Apéndice D). La escala consta de 17 preguntas, las cuales se dividen en cinco dominios: educación sexual (4 reactivos), libre de daños (5 reactivos), satisfacción sexual (3 reactivos), seguridad y equidad social (3 reactivos) y autonomía sexual (2 reactivos). La escala de respuesta es de tipo Likert, 1 = no muy importante, 2 = no importante, 3 = algo importante y 4 = muy importante. Se obtiene una puntuación mínima de 17 y máxima de 64. Su interpretación es, a mayor puntuación mayor conocimiento de los derechos sexuales. La escala ha mostrado de manera global una confiabilidad aceptable ($\alpha = .84$) así como en sus dominios. La validez de contenido se realizó a través de análisis factorial, el cual indica que las preguntas explican un 63.3% de la varianza. Esta escala solamente ha sido aplicada en mujeres jóvenes coreanas, y se encuentra en idiomas coreano e inglés por lo fue necesario efectuar una traducción y retraducción del inglés al español.

La autoeficacia para el uso del condón fue medida a través de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991). Consta de 28 reactivos (Apéndice E) que describen la confianza para comprar un condón, usarlo y negociar su

uso con una nueva pareja sexual, su escala de respuesta es de tipo Likert, donde 0= fuertemente en desacuerdo, 1 = de acuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = fuertemente de acuerdo. Algunas de las preguntas se encuentran en sentido inverso por lo que es necesario recodificar la respuesta antes de obtener la puntuación total (preguntas 8, 9, 10, 15, 16, 17 y 18).

La puntuación mínima obtenida es de 0 y máxima de 112, una puntuación alta indica mayor autoeficacia para el uso del condón. La escala ha sido empleada en adolescentes americanos, la cual mostró una confiabilidad y validez aceptable ($\alpha = .91$, $r = .81$), en adultos jóvenes africanos mostró confiabilidad aceptable ($\alpha = .91$) (Oppong et al., 2016). Fue necesario efectuar una traducción y retraducción al español ya que se encuentra en idioma inglés.

Para medir la autoeficacia para mantener una pareja estable se adaptaron cinco reactivos de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Brafford y Beck, 1991, adaptado por Orozco & Moreno, 2017), los reactivos se direccionaron hacia la autoeficacia para mantener una pareja estable (Apéndice F) que permiten identificar la confianza para mantener una relación con una sola pareja y limitar el número de parejas sexuales. Ejemplo de estas preguntas son: confío que puedo evitar tener relaciones sexuales con otra pareja diferente a mi novia/novio, confío que puedo reducir el número de nuevas parejas sexuales que tengo, etc. La escala de respuesta es tipo Likert que va de 1 = fuertemente en desacuerdo a 4 = fuertemente de acuerdo, se tiene puntuación mínima de 5 y máxima de 25, a mayor puntuación mejor autoeficacia para mantener una pareja estable.

La intención de implementar un plan de acción para el uso del condón se evaluó a través de la escala de fuerza de la intención de implementar el uso del condón (Nydegger et al., 2017) la cual consta de nueve preguntas (Apéndice G) que permiten conocer si el individuo tiene planes sobre cómo hará para llevar un condón, cuándo lo usará, si lo ofrecerá a su pareja, qué dirá a la pareja sobre el uso del condón antes de la

relación sexual, qué dirá a su pareja si rechaza usar el condón, qué acciones tomará si la pareja rechaza usar el condón, cómo se colocará el condón así mismo y a su pareja, cuándo se colocará el condón u ofrecerá a su pareja colocárselo. Se adicionaron tres preguntas relacionadas a dónde, cuándo y cómo comprará un condón.

El patrón de respuesta es de tipo Likert que va de 1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo. Mayor puntuación indica una mayor fuerza en la intención de implementar el uso del condón. Este instrumento ha sido empleado en población adulta mostrando buena consistencia interna ($\alpha = .96$) y correlación en sus preguntas ($r = .55$ a $r = .93, p < .001$). Para su aplicación en el presente estudio fue necesario efectuar una traducción y retraducción del instrumento al español debido a que la versión original está en idioma inglés.

Se agregaron dos preguntas que permitieron identificar la intención para usar el condón los próximos tres meses ¿Has pensado en usar de forma consistente el condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses? y ¿Qué tan probable es que uses de forma consistente un condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses? Estas preguntas han sido empleadas en un estudio previo (De Vet et al., 2011). La escala de respuesta es tipo Likert que va de 1 = Definitivamente no a 5 = Definitivamente sí. A mayor puntuación mayor intención para el uso del condón.

De manera adicional en el pretest y el postest se valoró si el plan de acción para el uso del condón se elabora de manera completa, se utilizaron seis preguntas abiertas (que corresponden a la intención de implementar una conducta anticipada) utilizadas por De Vet et al. (2011), que permiten identificar las conductas necesarias para planear el uso del condón que son: adquirir, llevar y negociar, así como para usar el condón, en estas preguntas se debe detallar dónde y cuándo adquirirá un condón, llevará consigo un condón, cómo negociará su uso (qué le dirá a su pareja para usarlo), cuándo hablará de su uso y cómo y cuándo lo usará. Se adicionaron dos preguntas relacionadas con el

comprar o adquirir el condón. En cada una de las preguntas es necesario escribir de forma precisa y detallada lo que corresponda a cada conducta anticipada (Apéndice H).

Para interpretar cada una de las conductas anticipadas se le asignó valor uno si proporciona suficiente y correcta información (se considera suficiente y correcta, si responde a cada una de las conductas anticipadas proporcionando información adecuada de acuerdo a lo establecido en la literatura), si la información es insuficiente o incorrecta (por ejemplo, no responder qué haría en alguna de las conductas anticipadas o proporcionar información incorrecta como llevar un condón en cartera o guantera del coche) se da valor cero. Se obtiene puntuación en cada una de las conductas anticipadas, el valor máximo a obtener en cada una de ellas es de dos puntos que significa una intención de implementar completa (plan completo); si la puntuación obtenida es menor de dos se considera una intención de implementar incompleta (plan incompleto). El plan global tiene un valor máximo de ocho puntos para ser calificado como completo.

Para medir la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable se realizó la adaptación de la escala de fuerza de la intención de implementar el uso del condón (Nydegger et al., 2017; adaptado por Orozco & Moreno) dando dirección a las preguntas para la intención de implementar un plan para mantener una pareja estable, la escala se conformó por 11 reactivos (Apéndice I) que permiten identificar si se tiene un plan para tener una sola pareja, cómo evitaría tener más de una pareja y cómo hablar sobre el antecedente de número de parejas sexuales. El patrón de respuesta es de tipo Likert que va de 1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo. Mayor puntuación indica mayor intención de implementar un plan de acción para tener una pareja estable.

Adicionalmente se agregaron dos preguntas ¿Has pensado en reducir el número de nuevas parejas sexuales en los próximos tres meses? y ¿Has pensado en tener una sola pareja sexual?, estas permiten identificar la intención para tener una pareja estable. Tienen una escala de respuesta tipo Likert donde 1 = definitivamente no, 2 = tal vez no,

3 = no estoy seguro 4 = tal vez sí y 5 = definitivamente sí. A mayor puntuación mayor intención de tener una pareja estable.

El cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH (Dilorio, 2009, adaptado por Orozco & Moreno, 2017) permitió medir la conducta sexual protectora para VPH (Apéndice J). Este instrumento está conformado por 24 reactivos que miden la frecuencia de conductas sexuales seguras dividida en cuatro áreas (protección durante las relaciones sexuales, evitar conductas de riesgo, evitar fluidos corporales y habilidades interpersonales). Este cuestionario fue adaptado para una conducta de sexo seguro para VPH, para esto se eliminaron seis preguntas que se consideraron que no estaban directamente relacionadas con la prevención del VPH (5, 16, 22 y 24), así mismo se adicionaron seis que forman parte de la conducta protectora específica para VPH (2, 21, 23, 24, 25, 26, 27), contemplando un total de 30 reactivos.

Cabe mencionar que preguntas tanto de la escala original como de las que se adicionaron, se encuentran en sentido inverso por lo que es necesario recodificar (7, 13, 14, 15, 22 y 25). La escala de respuesta a las preguntas es de tipo Likert que va de 1= nunca a 4= siempre. El rango de la puntuación es de 29 a 116 puntos, a mayor puntuación mayor frecuencia de conducta sexual segura. El cuestionario conducta de sexo seguro ha sido empleado en estudios previos mostrando una consistencia interna aceptable ($\alpha = .82$) (Salazar, 2013).

Para medir la satisfacción de los participantes con la intervención se tomaron 13 preguntas del instrumento evaluación de los participantes al instructor y a la calidad del programa (PEIPQ por sus siglas en inglés, Apéndice K), éste evalúa las percepciones de los participantes sobre la calidad del curso, los resultados del curso, las habilidades del instructor y la relación con los participantes, duración del curso entre otras (Richards & Neill, 2003). La escala de respuesta es de tipo Likert, las cuales fueron adaptadas para este estudio. Para la pregunta uno la opción de respuesta va de 1= nada satisfecho a 4 = más que satisfecho, para las preguntas dos y tres 1 = nada a 3 = mucho; de la

pregunta siete a la trece las opciones de respuestas van de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Se obtiene una puntuación con las preguntas 7 a 13 a mayor puntuación mayor satisfacción del participante con el programa.

Selección de participantes

La colecta de datos se inició una vez que se obtuvo la aprobación del estudio por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posterior a esto se solicitó autorización a los directivos de la institución educativa seleccionada para desarrollar la intervención. Una vez obtenidas las cartas de autorización, en coordinación con el personal de la institución y cuidando en todo momento no afectar las actividades académicas, se acudió a los grupos para aplicar la cédula de preguntas filtro (Apéndice A).

La cédula de preguntas filtro contó con un número de participante, del cual se le entregó una tarjeta a cada adolescente con el número correspondiente a esta, con el objetivo de identificar a los adolescentes e invitarles a participar en el estudio a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. Cabe mencionar que los criterios de inclusión en ningún momento se les mencionaron a los directivos de la institución, ni a los padres del adolescente, ni al participante. Solo el investigador y colaboradores en la investigación conocían y tuvieron acceso a la información recabada durante la intervención.

Una vez identificados los adolescentes que cumplieran con el criterio de inclusión se les reunió para explicarles en qué consistía el estudio, en caso de que estuvieran interesados en participar se les entregó el formato de consentimiento informado (Apéndice L, M) para sus padres, el cual fue entregado con la firma de autorización para participar en el estudio. Para los adolescentes que no lo entregaron el día indicado se acordó una nueva fecha para la entrega, después de tres oportunidades no se les consideró para el estudio.

A todo aquel adolescente que entregó el consentimiento informado se le dio a firmar el asentimiento (Apéndice N, Ñ) o consentimiento informado en caso de que fuera mayor de edad (Apéndice O, P). Se realizó un listado con el número de folio con el cual se asignó de forma aleatoria al grupo de intervención o control. Se cuidó que los adolescentes participantes no fueran más del 20% del mismo grupo.

Una vez que se completó el número de participantes se formaron tres grupos de 22 o 23 integrantes cada uno (cuidando la inclusión equitativa de hombres y mujeres) tanto en el grupo de intervención y control, para el desarrollo de las sesiones y aplicación de instrumentos. Posteriormente, se les contactó personalmente en la institución educativa para revisar con ellos el horario más conveniente de acuerdo a sus actividades académicas para que acudieran a las sesiones, previa coordinación con los directivos de la institución educativa.

Reclutamiento y selección de facilitadores

El reclutamiento de los facilitadores estuvo a cargo del investigador principal. Se realizó invitación a profesionales de la salud para participar como facilitadores, así mismo, se realizó una convocatoria para tener aspirantes, los requisitos para ser facilitadores fueron: (1) ser profesional de la salud, (2) tener conocimiento sobre VPH o ITS, (3) facilidad para relacionarse con adolescentes, (4) disponibilidad de horario, (5) ser responsable con las actividades a desarrollar y (6) gusto para trabajar en equipo.

A los aspirantes para ser facilitadores se les realizó una entrevista y se les dio a llenar un cuestionario (Apéndice J) para identificar que cumplieran con los requisitos establecidos. Se seleccionaron a dos facilitadores a los cuales se les contactó posteriormente para tener una reunión informativa en la cual se les dio a conocer las funciones que desempeñarían durante la intervención y firmar convenio de confidencialidad de la información (Apéndice Q). Se programaron dos reuniones con duración de dos horas para llevar a cabo el entrenamiento en el cual se les dio a conocer los contenidos y actividades a realizar en cada sesión, para esto se contó con un manual

para el facilitador donde se especifican los contenidos y actividades requeridas en cada sesión. También se definió quien de ellos sería observador durante las sesiones y verificaría que el desarrollo de las mismas se realizaran conforme lo planteado, dando la capacitación correspondiente.

Fidelidad de la intervención

Con la finalidad de tener una estandarización del desarrollo de la intervención se elaboró un manual del facilitador el cual indica el contenido y actividades a desarrollar en cada una de las sesiones. Para esto, se dio entrenamiento a los facilitadores, lo cual permitió que la intervención pudiera ser desarrollada por diferentes personas cuando fuera necesario, esto permitió que los facilitadores lo realizaran de la misma forma. Se desarrolló un plan de monitoreo a través de una lista de cotejo (Apéndice R), la cual permitió conocer si el contenido, la dosis, duración, la modalidad de entrega y el protocolo de la intervención se ejecutaron como se planteó. Al finalizar cada sesión el equipo de trabajo proporcionó retroalimentación del desarrollo de las sesiones.

Intervención

Para el desarrollo de la intervención se llevaron a cabo siete reuniones con los participantes dentro de la institución educativa. La entrega de la intervención estuvo a cargo de dos facilitadores. En la primera sesión se realizó la aplicación de las mediciones iniciales (pretest), la cual tuvo una duración de una hora.

En esta sesión se solicitó el número telefónico del participante y correo electrónico con la finalidad de enviar un recordatorio previo a cada una de las sesiones (“Recuerda que mañana tienes una cita en el programa, tu asistencia es de gran importancia. TE ESPERAMOS”), cuando no se tuvo ninguno de estos medios para contactarlo se acudió a la institución educativa para entregar el recordatorio personalmente.

Posteriormente, se desarrollaron cuatro sesiones educativas, con intervalo de una semana y la duración osciló de 60 a 75 minutos, en la sexta reunión se aplicó la

medición final (postest) y a los tres meses se llevó a cabo la medición correspondiente al seguimiento.

A los participantes del grupo control se les citó en tres ocasiones. El primer contacto fue para realizar la primera medición y se dio una sesión informativa con duración de 30 minutos sobre ITS más comunes y se les proporcionó un tríptico informativo con la información otorgada en la sesión, en cinco semanas posteriores se les volvió a contactar para realizar el postest, para esto se le envió un recordatorio vía mensaje de texto para recordar su cita (“Te esperamos en la próxima sesión del programa de prevención de VPH, TU PARTICIPACIÓN ES IMPORTANTE”). Para asegurar la asistencia se acudió a la institución educativa días previos para entregar el recordatorio personalmente. A los tres meses del postest volvió a contactar a los participantes vía mensaje de texto o personalmente para acordar la fecha para efectuar la medición de seguimiento.

Descripción de las sesiones

La intervención contempló tres sesiones para realizar la aplicación de los instrumentos (primera, sexta y séptima) y cuatro sesiones educativas grupales en la que se brindó información, se desarrollaron actividades y emplearon estrategias y/o recursos que han mostrado ser efectivos, como es el uso de videos, exposición empleando diapositivas, lecturas de folletos y discusión del contenido entre otras. En la primera sesión se realizó la bienvenida de los participantes a la intervención y se efectuó el pretest.

En la segunda sesión, se llevó a cabo la primera sesión educativa (Apéndice M) la cual tuvo como objetivo incrementar el conocimiento del adolescente sobre el VPH relacionado con el cáncer. Para esto, se brindó información proporcionada por el CDC sobre qué es el VPH, signos y síntomas, forma de transmisión y consecuencias, dentro de estas se enfatizó en el vínculo con el cáncer (CaCU y otros), factores de riesgo y formas de prevenir, además se mencionaron los beneficios y barreras para la vacuna y

opciones de tratamiento para el VPH. El desarrollo de la sesión estuvo programada para 60 minutos. Se dio una exposición empleando recursos multimedia y se proyectó un video (con duración 4 minutos) que permitió reforzar el contenido expuesto, éste ejemplificó y explicó a través de la actuación de adolescentes cómo es que se pueden infectar con el virus, mencionaron los tipos de VPH, signos, síntomas, formas de prevenir, el tratamiento y complicaciones. También se utilizó un video que ilustró cómo el VPH se introduce en las células del cérvix y evoluciona a CaCU (Mehta et al., 2013; Sweeney et al., 2015).

La tercera sesión (Apéndice N) tuvo como objetivo incrementar el conocimiento sobre los derechos sexuales, para esto se empleó un video desarrollado por la organización Plan Internacional de República Dominicana, con duración de 6 minutos. El video ejemplificó como a partir de conocer los derechos sexuales los adolescentes pueden tomar la decisión de llevar a cabo conductas sexuales seguras. También se realizó discusión sobre los puntos centrales de la sesión (qué son los derechos sexuales y cuáles son) y se realizó análisis de casos (Kim et al., 2015).

La cuarta sesión tuvo como objetivo incrementar la autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable (Apéndice Ñ), así mismo, disminuir barreras para el uso del condón e incrementar los beneficios de su uso y conocer la importancia del número de parejas sexuales. Es importante mencionar que debido a que la norma subjetiva es un determinante de la conducta, en esta sesión se hizo referencia a que existe presión social para llevar a cabo conductas de riesgo para infectarse con VPH. En esta sesión se empleó un video realizado por INSP sobre la técnica del uso del condón, en el cual se muestra la técnica del uso correcto del condón, tipos de condones que existen, además mencionan dónde pueden adquirirlos y cómo mantenerlos en buen estado. Posteriormente, el adolescente realizó la práctica de la colocación del condón en simuladores. Para que los adolescentes adquirieran habilidades para negociar el uso del

condón se efectuaron juegos de roles, (Champion, 2016; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis & Zhou, 2008; Villarruel, Jemmott & Jemmott, 2006).

La quinta sesión fue destinada para desarrollar la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y mantener una pareja estable (Apéndice O), se realizó una historieta en la que se ilustra cómo es que se puede llevar a cabo la planeación para el uso del condón, así mismo, permitió identificar las conductas anticipatorias para el uso del condón (adquirir, llevar, negociar y usar), además de cómo decir a la pareja que desea mantener una pareja estable. También en esta sesión se realizó el juego de roles, y el adolescente desarrolló su plan para uso del condón y mantener una pareja estable (De Vet et al., 2011). En la sexta sesión se aplicaron los instrumentos del postest y en la séptima la medición del seguimiento.

Intervención para grupo control

La primera sesión consistió en la aplicación de los instrumentos, después de una semana se dio una sesión informativa sobre ITS más comunes como: clamidia, sífilis, gonorrea, VIH/Sida, de cada una de estas se les mencionó la forma de transmitirse, signos y síntomas, acciones para tratarse y complicaciones. En el caso del VIH se les explicó sobre la importancia de realizar la prueba rápida de VIH. El contenido de la sesión fue acorde a la información de la Secretaría de Salud (SS, 2014; SS, 2006) y el CDC (2017a, 2017b) en relación a la prevención de VIH/Sida/ITS (Apéndice P). También se les otorgó un folleto con la información proporcionada durante la sesión. La tercera sesión se efectuó al mes y medio de la primera sesión, en la cual se realizó la segunda medición y a los tres meses de esta la medición de seguimiento.

Consideraciones éticas

Esta investigación se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987). Se sujetó a lo establecido en el Título segundo, Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En este estudio se protegió la dignidad del participante, para esto se respetó la

forma de expresarse y las creencias de los adolescentes, además se dio la libertad de abandonar su participación en el estudio en el momento en que lo desearon (Artículo 13).

El estudio se desarrolló de acuerdo a los principios éticos y aprobación del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de la institución educativa donde se recolectaron los datos. La recolección de la información se llevó a cabo por profesionales de la salud como fue un estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Licenciados en Enfermería. Se contó con el consentimiento informado por escrito de los padres de los participantes que eran menores de edad o el consentimiento informado de los participantes que eran mayores de edad o menores de edad emancipados y el asentimiento informado para el caso de los menores de edad (Artículo 14, Fracción I, V, VI, VII y VIII). Estos fueron formulados por el autor principal del estudio, se incluyó el objetivo del estudio, procedimiento y riesgos de su participación en la investigación, así como el nombre del padre o tutor y firma del participante, investigador y dos testigos (Artículo 36).

Todos los adolescentes inscritos en la institución educativa tuvieron la oportunidad de participar en el estudio (Artículo 15). Se protegió la privacidad del participante, ya que la información recabada fue tratada como confidencial, se les explicó que los resultados se darían a conocer en forma general, además los datos se guardarían en un lugar seguro (Artículo 16). El estudio se consideró como investigación de riesgo mínimo, debido a que la naturaleza del tema pudiera generar incomodidad a los participantes (Artículo 17, Fracción II), en este caso se le brindó la opción de retirarse del estudio en el momento que lo deseara (Artículo 18).

Se aclararon las dudas relacionadas con la investigación brindándole información que el participante solicitó, se le mencionó que tenía la libertad de abandonar el estudio

en cualquier momento (Artículo 21 Fracción I, II, III, IV, VI; VII; Artículo 22 Fracción I, II, III, IV) sin afectar su situación escolar en caso de retirarse (Artículo 58, Fracción I).

Análisis de datos

Los datos fueron analizados por medio del paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se empleó estadística descriptiva para describir las características sociodemográficas y la conducta sexual de los participantes en los últimos tres meses, así como las variables principales del estudio. Se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables continuas.

Se determinó la normalidad de las variables del estudio a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Para dar respuesta al objetivo general y probar las hipótesis planteadas, se empleó estadística no paramétrica como fue la prueba de *U* de Mann-Whitney para conocer la diferencia entre los grupos y la prueba Friedman para conocer la diferencia dentro de los grupos.

Además se empleó estadística multivariada para esto se efectuó un modelo lineal general de mediciones repetidas, el cual es robusto a la violación de la normalidad (Tabachnick & Fidell, 2014) por lo que se consideró adecuado para identificar el efecto de la intervención en las variables de estudio. Para dar respuesta al objetivo específico: la conducta sexual previa y la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH se relacionan con la conducta sexual protectora para VPH, se empleó una correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos del estudio. Inicialmente se presenta el flujo de los participantes a través de la intervención. En seguida, se presentan los datos descriptivos sobre características sociodemográficas del grupo de intervención y control; se introducen los datos descriptivos de variables centrales de estudio, la confiabilidad de los instrumentos utilizados, posteriormente se presentan los resultados de los análisis inferenciales que dan respuesta al objetivo general, específicos e hipótesis planteadas y finalmente se muestra la factibilidad de la intervención.

Flujo del progreso de los participantes a través de la intervención

En la Figura 4, se puede observar que 181 participantes entregaron el consentimiento informado de sus padres o tutor, sin embargo, solo 133 participantes desearon participar, los cuales se asignaron a los grupos de manera aleatoria. El grupo de intervención se conformó por 68 participantes y el grupo control por 65. Solamente 60 de los participantes del grupo de intervención cumplieron de forma satisfactoria con las sesiones y con la segunda medición y 63 participantes en el grupo control acudieron a la sesión informativa y a la segunda medición, por lo que en función a este número de participantes se presentan los datos descriptivos. El número de participantes que se mantuvieron en el seguimiento en el grupo de intervención fueron 57 adolescentes y en el control 53, éste número de participantes se tomaron en cuenta para el análisis inferencial. La tasa de respuesta del grupo de intervención fue de 88.2% y en el grupo control de 96.9%.

Figura 4. Diagrama de flujo del progreso de los participantes a través de la intervención

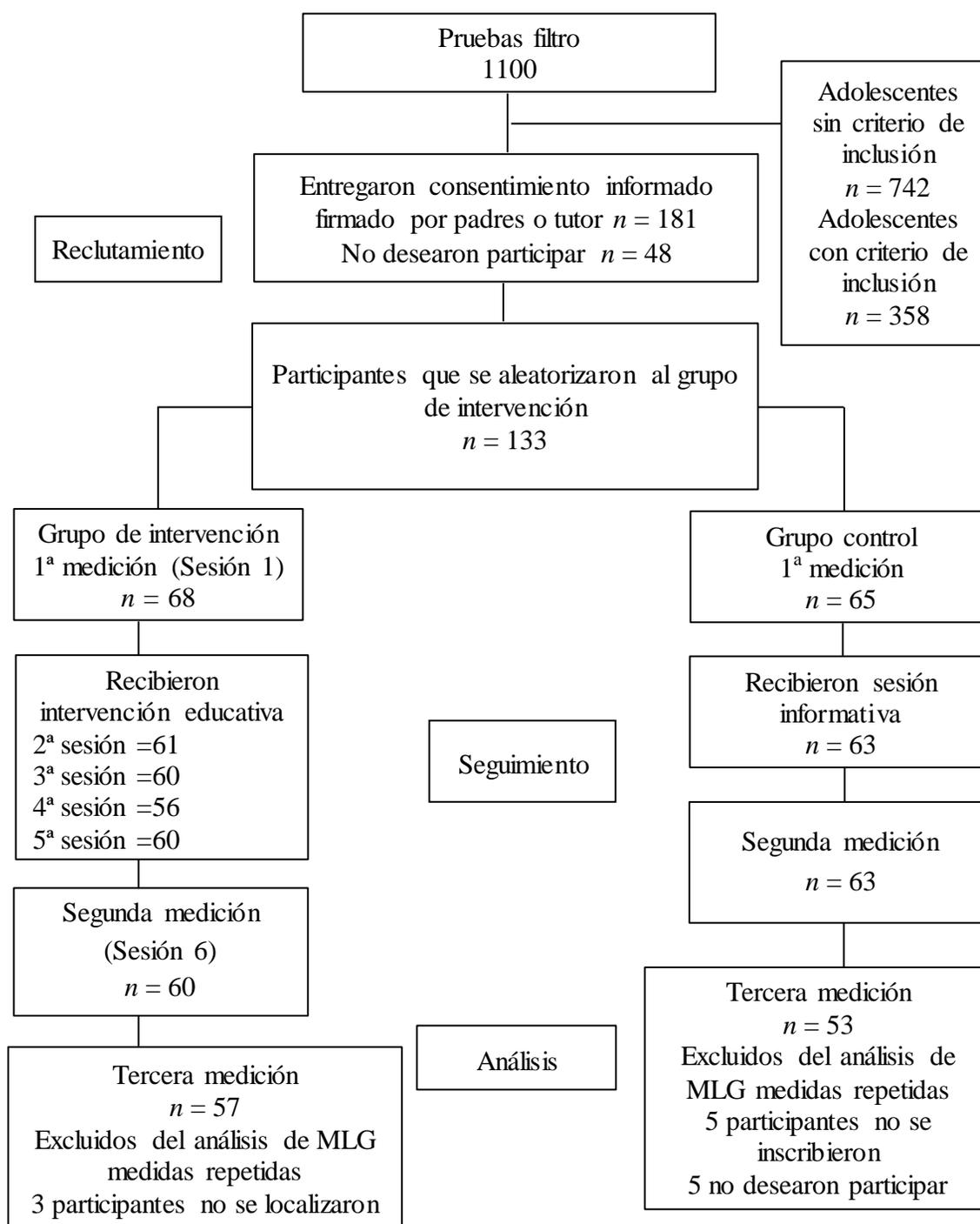


Figura 4. Diagrama de flujo de participantes siguiendo pautas de los Estándares Consolidados para el Informe de Ensayos (CONSORT por sus siglas en inglés)
MLG = Modelo lineal general de mediciones repetidas.

Características sociodemográficas de los participantes

Dentro de las características de los participantes del grupo de intervención se encontró que la edad promedio fue de 17.07 ($DE = .63$, rango 16-19) y para el grupo control 17.06 ($DE = .87$, rango 16-19). En la Tabla 2, se puede apreciar que en ambos grupos predominaron los hombres y la mayoría de los participantes aún viven con ambos padres. La mitad de los adolescentes del grupo de intervención mencionaron tener novio (a) o pareja y la mitad de adolescentes del grupo control no tenían. Se observó que en la mayoría de los participantes de ambos grupos saben que existe una vacuna para prevenir la infección por VPH. Un porcentaje ligeramente más alto de participantes del grupo control mencionó que se les había aplicado la vacuna contra el VPH (31.7%) respecto al grupo de intervención (21.7%).

Al comparar por género quien contaba con la vacuna contra el VPH se encontró que en el grupo de intervención el 71.8% (28) de los hombres refirieron no saber si se les había aplicado la vacuna contra el VPH, 6.1% (2) de participantes hombres mencionaron contar con la vacuna. Respecto a las mujeres del grupo de intervención el 61.9% (13) la había recibido y en el grupo control un 60.0% (18). Algunas de las razones por la que no se habían aplicado la vacuna en el grupo de intervención fue por no saber de su existencia (33.3%), no recordaban el motivo (16.7%), el 8.3% de los participantes consideraron que no era necesaria y el resto señalaron diferentes razones (41.7%). En el grupo control la mayoría de los participantes no recordó la razón por la que no se la habían aplicado (31.6%), el 21.1% no sabía de su existencia, el 15.8% no recibió información sobre la vacuna, 10.5% refirió que no es segura y el 21% reportó diferentes razones.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Característica	Grupo de intervención <i>n</i> = 60		Grupo control <i>n</i> = 63	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género				
Mujer	21	35.0	30	47.6
Hombre	39	65.0	33	52.4
Vive con				
Papá y mamá	48	80.0	43	68.3
Solo mamá	8	13.4	13	20.6
Solo papá	-	-	5	7.9
Abuelos	2	3.3	1	1.6
Otros	2	3.3	1	1.6
Tiene pareja o novio actualmente				
Sí	31	51.7	31	49.2
No	29	48.3	32	50.8
¿Sabían que existe una vacuna para prevenir la infección del VPH?				
Sí	36	60.0	47	74.6
No	24	40.0	16	25.4
¿Te han aplicado alguna vez la vacuna contra el VPH?				
Sí	13	21.7	20	31.7
No	16	26.7	19	30.2
No sé	31	51.6	24	38.1

Nota: VPH = Virus del Papiloma Humano; *f* = frecuencia; % = porcentaje

Conducta sexual de los participantes en el pretest, postest y seguimiento

A continuación se presentan los resultados correspondientes a la conducta sexual de los participantes en las diferentes mediciones. En ambos grupos la edad de inicio de vida sexual fue similar (grupo de intervención $M = 15.40$, $DE = 1.96$; grupo control $M = 15.29$, $DE = .88$). En la Tabla 3, se puede observar que el tipo de relación sexual que predominó en los participantes de ambos grupos en los tres tiempos fue el sexo oral, seguido del sexo vaginal y en menor proporción sexo anal. El uso del condón en la última relación sexual fue en poco más de la mitad de los participantes en ambos grupos.

El uso del condón en las relaciones sexuales de tipo vaginal fue más usado que en el oral o anal.

Tabla 3

Conducta sexual de los participantes por grupo y tiempo de medición

Conducta sexual	Intervención						Control					
	Pretest		Posttest		Seguimiento		Pretest		Posttest		Seguimiento	
	<i>n</i> = 60		<i>n</i> = 60		<i>n</i> = 57		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 53	
	<i>f</i>	%										
Sexo vaginal												
Sí	53	88.3	53	88.3	50	87.7	54	85.7	56	88.9	48	90.6
No	7	11.7	7	11.7	7	12.3	9	14.3	7	11.1	5	9.4
Sexo oral												
Sí	57	95.0	58	96.7	53	93.0	57	90.5	57	90.5	49	92.5
No	3	5.0	2	3.3	4	7.0	6	9.5	5	9.5	4	7.5
Sexo anal												
Sí	25	41.7	27	45.0	25	43.9	18	28.6	22	34.9	21	33.3
No	35	58.3	33	55.0	32	56.1	45	71.4	41	65.1	32	50.8
Uso de condón en última relación sexual												
Sí	33	55.0	36	60.0	37	64.9	38	60.3	36	57.1	34	64.2
No	27	45.0	24	40.0	20	35.1	25	39.7	27	42.9	19	35.8
Uso de condón en sexo vaginal												
Sí	41	77.4	44	83.0	40	80.0	39	72.2	40	71.4	36	75.0
No	12	22.6	9	17.0	10	20.0	15	27.8	16	28.6	12	25.0
Uso de condón en sexo oral												
Sí	14	24.6	15	25.9	24	45.3	16	28.1	12	21.1	13	26.5
No	43	75.4	43	74.1	29	54.7	41	71.9	45	78.9	36	73.5
Uso de condón en sexo anal												
Sí	7	28.0	11	40.7	10	40.0	4	22.2	9	40.9	5	23.8
No	18	72.0	16	59.3	15	60.0	14	77.8	13	59.1	16	76.2

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

(Continúa)

Tabla 3

Conducta sexual de los participantes por grupo y tiempo de medición (continuación)

Conducta sexual	Intervención						Control					
	Pretest		Posttest		Seguimiento		Pretest		Posttest		Seguimiento	
	<i>n</i> = 60		<i>n</i> = 60		<i>n</i> = 57		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 53	
	<i>f</i>	%										
Tipo de pareja con la que has tenido relaciones sexuales												
Estable	38	63.3	40	66.7	39	68.4	41	65.1	47	74.6	36	67.9
Ocasional	22	36.7	20	33.3	28	31.6	22	34.9	16	25.4	17	32.1
Tipo de pareja en los últimos 3 meses												
Estable	37	75.6	34	73.9	32	82.1	34	77.3	40	80.0	29	78.4
Ocasional	12	24.4	12	26.1	7	17.9	10	22.7	10	20.0	8	21.6

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

Los participantes del grupo de intervención en promedio han tenido 3.32 (*DE* = 3.19, rango 1-15) parejas sexuales en toda su vida, mientras que los del grupo control 2.70 (*DE* = 2.85, rango 1-20). Los participantes del grupo de intervención mencionaron haber tenido su primera relación sexual a la edad promedio de 15.40 años (*DE* = 1.19, rango 12-18) y los del grupo control a los 15.29 (*DE* = .88, rango 13-17).

En la Tabla 4, se puede observar la conducta sexual de los participantes en los últimos tres meses, en ambos grupos tuvieron en promedio una pareja sexual. El número de relaciones sexuales en los últimos tres meses en el grupo de intervención se observó que disminuyó de la primera medición a la tercera en ambos grupos (intervención 4.05 a 3.77, control 4.32 a 3.45). En relación al uso del condón, en el grupo de intervención en promedio usaron dos condones, disminuyó del pretest al post test e incrementó en el seguimiento. En relación al uso del condón en ambos grupos se observa un menor uso respecto al número de relaciones sexuales en los últimos tres meses.

Tabla 4

Conducta sexual de los participantes en los últimos tres meses por grupo y tiempo de medición (variables continuas)

Conducta sexual	Medición	Grupo de intervención					Grupo control				
		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	Pretest	1.26	1.0	1.20	0	7	.83	1.0	.95	0	6
	Postest	1.19	1.0	1.21	0	7	1.15	1.0	1.66	0	12
	Seguimiento	1.00	1.0	1.40	0	10	.64	1.0	1.17	0	8
Número de relaciones sexuales en últimos 3 meses	Pretest	4.05	3.0	4.25	0	15	4.32	2.0	6.38	0	25
	Postest	3.74	3.0	3.78	0	15	4.70	2.0	5.96	0	28
	Seguimiento	3.77	2.0	4.37	0	20	3.45	2.0	4.85	0	25
Número de condones usados en los últimos 3 meses	Pretest	2.21	1.0	3.01	0	15	1.13	1.0	4.42	0	24
	Postest	1.31	1.0	2.85	0	14	2.81	1.0	4.55	0	18
	Seguimiento	2.04	1.0	2.71	0	12	1.74	1.0	3.26	0	19

Nota: intervención pretest $n = 60$, postest $n = 60$, seguimiento $n = 57$; control = 63, pretest $n = 63$, postest $n = 63$, seguimiento $n = 53$; *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar

Consistencia interna de los instrumentos de medición

La consistencia interna de los instrumentos empleados en el estudio se obtuvo mediante Coeficientes de Alpha de Cronbach. El cuestionario de conocimiento de VPH mostró en la primera medición un Alpha baja; sin embargo, en posteriores mediciones fue aceptable (Grove, Gray & Burns, 2016), el resto de instrumentos utilizados mostraron valores aceptables en los diferentes tiempos de medición (Tabla 5). Se observó que la escala de conciencia de los derechos sexuales y la escala de fuerza de la intención de implementar el uso del condón mostraron Alphas mayores que el resto de los instrumentos.

Tabla 5

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Pretest	Postest	Seguimiento
		<i>n</i> = 123	<i>n</i> = 123	<i>n</i> = 110
		Alpha de Cronbach		
Escala de conocimiento general y conocimiento de la vacuna contra el VPH	34	.66	.88	.86
Escala de conciencia de los derechos sexuales	17	.93	.94	.95
Escala de autoeficacia para el uso del condón	28	.85	.93	.93
Escala de autoeficacia para mantener una pareja estable	5	.78	.87	.87
Escala de fuerza de la intención de implementar el uso del condón	12	.91	.94	.92
Escala de la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	11	.73	.83	.85
Cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH	30	.83	.86	.83

Estadística descriptiva de variables de estudio

El conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer fue determinado a través de la escala de conocimiento general y conocimiento de vacunación contra VPH, en la Tabla 6, se puede observar que la mayoría de las preguntas fueron contestadas por parte de los participantes del grupo de intervención de forma incorrecta. En el pretest ninguno de los participantes contestó de forma correcta la pregunta si el VPH por lo general no necesita ningún tratamiento, en posteriores mediciones el número de preguntas contestadas de manera correcta incrementaron. En el seguimiento, ligeramente aumentaron el número de preguntas correctas mientras que otras disminuyeron respecto al postest.

En el grupo control (Tabla 7) también gran parte de los participantes contestaron de forma incorrecta en el pretest lo cual fue consistente en los resultados obtenidos en el postest y seguimiento. En las preguntas referentes a la vinculación del VPH con el

cáncer (el VPH puede causar cáncer de cuello de útero, pene, oral y anal) se observó que gran parte de los participantes de ambos grupos contestaron de forma incorrecta, mientras que en el posttest aumentaron ligeramente, el incremento fue mayor en el grupo de intervención.

Tabla 6

Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo de intervención

Pregunta	Respuesta	Pretest n = 60		Posttest n = 60		Seguimiento n = 57	
		f	%	f	%	f	%
1. El VPH puede transmitirse durante las relaciones sexuales.	Incorrecto	7	11.7	-	-	-	-
	Correcto	53	88.3	60	100	57	100
2. Tener muchas parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer el VPH.	Incorrecto	9	15.0	-	-	1	1.8
	Correcto	51	85.0	60	100	56	98.2
3. El VPH puede causar cáncer cervical.	Incorrecto	37	61.7	2	3.3	5	8.8
	Correcto	23	38.3	58	96.7	52	91.2
4. Los hombres no pueden contraer el VPH.	Incorrecto	22	36.7	9	15.0	13	22.8
	Correcto	38	63.3	51	85.0	44	77.2
5. El uso del condón protege en su totalidad la infección del VPH.	Incorrecto	34	56.7	17	28.3	20	35.1
	Correcto	26	43.3	43	71.7	37	64.9
6. Una persona podría tener VPH durante muchos años sin saberlo.	Incorrecto	28	46.7	4	6.7	2	3.5
	Correcto	32	53.3	56	93.3	55	96.5
7. El VPH es poco común.	Incorrecto	31	51.7	10	16.7	20	35.1
	Correcto	29	48.3	50	83.3	37	64.9
8. El VPH siempre presenta signos o síntomas visibles.	Incorrecto	43	71.7	18	30.0	13	22.8
	Correcto	17	28.3	42	70.0	44	77.2
9. Una persona sin síntomas de VPH no puede transmitir VPH.	Incorrecto	24	40.0	8	13.3	10	17.5
	Correcto	36	60.0	52	86.7	47	82.5
10. El VPH puede causar VIH / Sida.	Incorrecto	49	81.7	37	61.7	37	64.9
	Correcto	11	18.3	23	38.3	20	35.1
11. El VPH se puede transmitir a través del sexo anal.	Incorrecto	41	68.3	9	15.0	11	19.3
	Correcto	19	31.7	51	85.0	46	80.7
12. Tener relaciones sexuales a una edad temprana aumenta el riesgo de VPH.	Incorrecto	51	85.0	18	30.0	11	19.3
	Correcto	9	15.0	42	70.0	46	80.7
13. El VPH se puede transmitir a través del contacto de la piel de los genitales de tu pareja con tu piel.	Incorrecto	47	78.3	7	11.7	10	17.5
	Correcto	13	21.7	53	88.3	47	82.5
14. El VPH puede causar verrugas genitales.	Incorrecto	30	50.0	1	1.7	3	5.3
	Correcto	30	50.0	59	98.3	54	94.7
15. El VPH se puede transmitir a través de sexo oral.	Incorrecto	39	65.0	2	3.3	8	14.0
	Correcto	21	35.0	58	96.7	49	86.0
16. El VPH puede curarse con antibióticos.	Incorrecto	35	58.3	27	45.0	32	56.1
	Correcto	25	41.7	33	55.0	25	43.9

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje

(Continúa)

Tabla 6

*Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo de intervención**(continuación)*

Pregunta	Respuesta	Pretest <i>n</i> = 60		Postest <i>n</i> = 60		Seguimiento <i>n</i> = 57	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
17. Existen muchos tipos de VPH.	Incorrecto	51	85.0	3	5.0	7	12.3
	Correcto	9	15.0	57	95.0	50	87.7
18. El VPH puede causar cáncer de pene.	Incorrecto	49	81.7	15	25.0	22	38.6
	Correcto	11	18.3	45	75.0	35	61.4
19. El VPH puede causar cáncer oral.	Incorrecto	51	85.0	20	33.3	28	49.1
	Correcto	9	15.0	40	66.7	29	50.9
20. El VPH puede causar cáncer anal.	Incorrecto	52	86.7	23	38.3	24	42.1
	Correcto	8	13.3	37	61.7	33	57.9
21. El VPH es una infección causada por una bacteria.	Incorrecto	55	91.7	45	75.0	53	93.0
	Correcto	5	8.3	15	25.0	4	7.0
22. Las infecciones por VPH siempre producen problemas de salud.	Incorrecto	54	90.0	39	65.0	39	68.4
	Correcto	6	10.0	21	35.0	18	31.6
23. El VPH puede causar herpes.	Incorrecto	56	93.3	47	78.3	52	91.2
	Correcto	4	6.7	13	21.7	5	8.8
24. Las personas sexualmente activas pueden contraer VPH en algún momento de la vida.	Incorrecto	50	83.3	16	26.7	18	31.6
	Correcto	10	16.7	44	73.3	39	68.4
25. El VPH por lo general no necesita de ningún tratamiento.	Incorrecto	60	100	46	76.7	46	80.7
	Correcto	-	-	14	23.3	11	19.3
26. Existe una vacuna para prevenir infecciones del VPH.	Incorrecto	15	25.0	3	5.0	5	8.8
	Correcto	45	75.0	57	95.0	52	91.2
27. Cambios identificados en el Papanicolaou podría indicar que una mujer tiene VPH.	Incorrecto	23	38.3	10	16.7	6	10.5
	Correcto	37	61.7	50	83.3	51	89.5
28. La fidelidad o monogamia reduce el riesgo de contagio de VPH.	Incorrecto	36	60.0	4	6.7	8	14.0
	Correcto	24	40.0	56	93.3	49	86.0
29. Si estoy vacunado contra el VPH no tengo riesgo de infectarme con ningún tipo de VPH.	Incorrecto	29	48.3	17	28.3	15	26.3
	Correcto	31	51.7	43	71.7	42	73.7
30. La mejor manera de prevenir el cáncer cervicouterino causado por el VPH es hacerse el Papanicolaou.	Incorrecto	30	50.0	9	15.0	11	19.3
	Correcto	30	50.0	51	85.0	46	80.7
31. La prueba del Papanicolaou casi siempre detecta el VPH.	Incorrecto	56	93.3	57	95.0	51	89.5
	Correcto	4	6.7	3	5.0	6	10.5
32. Para confirmar el diagnóstico de VPH se requiere prueba específica.	Incorrecto	27	45.0	17	28.3	18	31.6
	Correcto	33	55.0	43	71.7	39	68.4
33. Si no tengo verrugas genitales yo no tengo VPH.	Incorrecto	20	33.3	8	13.3	5	8.8
	Correcto	40	66.7	52	86.7	52	91.2
34. Tener relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo de contraer VPH.	Incorrecto	5	8.3	2	3.3	2	3.5
	Correcto	55	91.7	58	96.7	55	96.5

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

Tabla 7

Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo control

Pregunta	Respuesta	Pretest		Postest		Seguimiento	
		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 53	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. El VPH puede transmitirse durante las relaciones sexuales.	Incorrecto	8	12.7	13	20.6	3	5.7
	Correcto	55	87.3	50	79.4	50	94.3
2. Tener muchas parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer el VPH.	Incorrecto	6	9.5	7	11.1	7	13.2
	Correcto	57	90.5	56	88.9	46	86.8
3. El VPH puede causar cáncer cervical.	Incorrecto	37	58.7	31	49.2	28	52.8
	Correcto	26	41.3	32	50.8	25	47.2
4. Los hombres no pueden contraer el VPH.	Incorrecto	31	49.2	35	55.6	31	58.5
	Correcto	32	50.8	28	44.4	22	41.5
5. El uso del condón protege en su totalidad la infección del VPH.	Incorrecto	40	63.5	37	58.7	31	58.5
	Correcto	23	36.5	26	41.3	22	41.5
6. Una persona podría tener VPH durante muchos años sin saberlo.	Incorrecto	25	39.7	23	36.5	26	49.1
	Correcto	38	60.3	40	63.5	27	50.9
7. El VPH es poco común.	Incorrecto	33	52.4	23	36.5	30	56.6
	Correcto	30	47.6	40	63.5	23	43.4
8. El VPH siempre presenta signos o síntomas visibles.	Incorrecto	45	71.4	44	69.8	41	77.4
	Correcto	18	28.6	19	30.2	12	22.6
9. Una persona sin síntomas de VPH no puede transmitir la infección por VPH.	Incorrecto	29	46.0	36	57.1	33	62.3
	Correcto	34	54.0	27	42.9	20	37.7
10. El VPH puede causar VIH / Sida.	Incorrecto	52	82.5	54	85.7	47	88.7
	Correcto	11	17.5	9	14.3	6	11.3
11. El VPH se puede transmitir a través del sexo anal.	Incorrecto	41	65.1	40	63.5	28	52.8
	Correcto	22	34.9	23	36.5	25	47.2
12. Tener relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de VPH.	Incorrecto	56	88.9	45	71.4	36	67.9
	Correcto	7	11.1	18	28.6	17	32.1
13. El VPH se puede transmitir a través del contacto de la piel de los genitales de tu pareja con tu piel.	Incorrecto	49	77.8	37	58.7	28	52.8
	Correcto	14	22.2	26	41.3	25	47.2
14. El VPH puede causar verrugas genitales.	Incorrecto	34	54.0	27	42.9	17	32.1
	Correcto	29	46.0	36	57.1	36	67.9
15. El VPH se puede transmitir a través de sexo oral.	Incorrecto	35	55.6	36	57.1	24	45.3
	Correcto	28	44.4	27	42.9	29	54.7
16. El VPH puede curarse con antibióticos.	Incorrecto	42	66.7	38	60.3	33	62.3
	Correcto	21	33.3	25	39.7	20	37.7
17. Existen muchos tipos de VPH.	Incorrecto	51	81.0	39	61.9	33	62.3
	Correcto	12	19.0	24	38.1	20	37.7
18. El VPH puede causar cáncer de pene.	Incorrecto	53	84.1	47	74.6	38	71.7
	Correcto	10	15.9	16	25.4	15	28.3

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

(Continúa)

Tabla 7

Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en el grupo control (continuación)

Pregunta	Respuesta	Pretest		Postest		Seguimiento	
		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 63		<i>n</i> = 53	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
19. El VPH puede causar cáncer oral.	Incorrecto	53	84.1	47	74.6	41	77.4
	Correcto	10	15.9	16	25.4	12	22.6
20. El VPH puede causar cáncer anal.	Incorrecto	57	90.5	47	74.6	43	81.1
	Correcto	6	9.5	16	25.4	10	18.9
21. El VPH es una infección causada por una bacteria.	Incorrecto	59	93.7	61	96.8	48	90.6
	Correcto	4	6.3	2	3.2	5	9.4
22. Las infecciones por VPH siempre producen problemas de salud.	Incorrecto	58	92.1	58	92.1	50	94.3
	Correcto	5	7.9	5	7.9	3	5.7
23. El VPH puede causar herpes.	Incorrecto	58	92.1	54	85.7	46	86.8
	Correcto	5	7.9	9	14.3	7	13.2
24. Las personas sexualmente activas contraerán VPH en algún momento de su vida.	Incorrecto	51	81.0	46	73.0	42	79.2
	Correcto	12	19.0	17	27.0	11	20.8
25. El VPH por lo general no necesita de ningún tratamiento.	Incorrecto	58	92.1	62	98.4	47	88.7
	Correcto	5	7.9	1	1.6	6	11.3
26. Existe una vacuna para prevenir infecciones del VPH.	Incorrecto	16	25.4	15	23.8	15	28.3
	Correcto	47	74.6	48	76.2	38	71.7
27. Cambios identificados en el Papanicolaou podría indicar que una mujer tiene VPH.	Incorrecto	27	42.9	22	34.9	24	45.3
	Correcto	36	57.1	41	65.1	29	54.7
28. La fidelidad o monogamia reduce el riesgo de contagio de VPH.	Incorrecto	44	69.8	27	42.9	26	49.1
	Correcto	19	30.2	36	57.1	27	50.9
29. Si estoy vacunado contra el VPH no tengo riesgo de infectarme con ningún tipo de VPH.	Incorrecto	36	57.1	40	63.5	32	60.4
	Correcto	27	42.9	23	36.5	21	39.6
30. La mejor manera de prevenir el cáncer cervicouterino causado por el VPH es hacerse el Papanicolaou.	Incorrecto	20	31.7	21	33.3	22	41.5
	Correcto	43	68.3	42	66.7	31	58.5
31. La prueba del Papanicolaou casi siempre detecta el VPH.	Incorrecto	57	90.5	55	87.3	45	84.9
	Correcto	6	9.5	8	12.7	8	15.1
32. Para confirmar el diagnóstico de VPH se requiere prueba específica de VPH.	Incorrecto	29	46.0	23	36.5	23	43.4
	Correcto	34	54.0	40	63.5	30	56.6
33. Si no tengo verrugas genitales yo no tengo VPH.	Incorrecto	26	41.3	24	38.1	22	41.5
	Correcto	37	58.7	39	61.9	31	58.5
34. Tener relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo de contraer VPH.	Incorrecto	8	12.7	12	19.0	7	13.2
	Correcto	55	87.3	51	81.0	46	86.8

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

En relación al conocimiento sobre los derechos sexuales los participantes del grupo de intervención como el control (Tabla 8 y 9) mencionaron estar de acuerdo en la totalidad de preguntas del cuestionario de consciencia de derechos sexual. Se pudo apreciar que los promedios de las respuestas a los reactivos del cuestionario se incrementaron ligeramente del pretest al postest tanto en grupo de intervención (puntuaciones oscilaron 3.58 a 3.90 en el pretest y postest 3.87 a 3.93) como control (puntuaciones oscilaron de 3.43 a 3.87, en el pretest y de 3.56 a 3.84 en postest), en el seguimiento el conocimiento se mantiene solo en el grupo de intervención (puntuación oscilaron de 3.82 a 3.96).

Tabla 8

Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo de intervención

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 60		Postest <i>n</i> = 60		Seguimiento <i>n</i> = 57	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Tengo derecho a decidir tener hijos biológicos.	3.85	.51	3.93	.25	3.96	.18
2. Tengo derecho a recibir información sexual.	3.87	.46	3.90	.30	3.95	.22
3. Tengo derecho a recibir orientación para mi salud sexual.	3.85	.48	3.88	.32	3.93	.25
4. Tengo derecho a recibir educación sexual a lo largo de mi vida.	3.78	.55	3.90	.30	3.95	.22
5. Si soy homosexual o heterosexual no debo ser discriminado sexualmente.	3.75	.57	3.87	.34	3.82	.50
6. Tengo derecho a no tener hijos.	3.75	.65	3.88	.37	3.93	.25
7. Si deseo masturbarme puedo hacerlo.	3.60	.71	3.88	.37	3.89	.31
8. Las personas con discapacidad tienen derecho no ser discriminados sexualmente.	3.83	.49	3.88	.32	3.89	.31
9. Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas sexualmente.	3.65	.75	3.88	.32	3.86	.39
10. Tengo derecho a la comunicación o expresión sexual.	3.77	.53	3.9	.30	3.93	.25
11. Tengo derecho a disfrutar sexualmente.	3.77	.53	3.92	.27	3.95	.22
12. Tengo derecho a ejercer la sexualidad sin que nadie me presione.	3.83	.49	3.92	.27	3.96	.18
13. Tengo derecho a no ser manipulado o explotado sexualmente.	3.80	.68	3.92	.27	3.95	.22

Nota: *M* = promedio aritmético; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo
Mediana para cada uno de los reactivos = 4

(Continúa)

Tabla 8

Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo de intervención (continuación)

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 60		Postest <i>n</i> = 60		Seguimiento <i>n</i> = 57	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
14. Tengo derecho a mantener la integridad de mi cuerpo.	3.90	.44	3.88	.32	3.95	.22
15. Tengo derecho a expresar mi identidad sexual.	3.68	.59	3.92	.27	3.88	.33
16. Tengo libertad para ejercer la sexualidad en cualquier situación.	3.58	.64	3.87	.34	3.88	.33
17. Tengo derecho a la protección de mi intimidad sexual.	3.90	.44	3.92	.27	3.95	.22

Nota: *M* = promedio aritmético; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo
Mediana para cada uno de los reactivos = 4

Tabla 9

Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo control

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 63		Postest <i>n</i> = 63		Seguimiento <i>n</i> = 53	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Tengo derecho a decidir tener hijos biológicos.	3.78	.45	3.78	.60	3.72	.69
2. Tengo derecho a recibir información sexual.	3.79	.40	3.79	.51	3.79	.56
3. Tengo derecho a recibir orientación para mi salud sexual.	3.87	.33	3.76	.46	3.72	.60
4. Tengo derecho a recibir educación sexual a lo largo de mi vida.	3.76	.46	3.81	.43	3.68	.67
5. Si soy homosexual o heterosexual no debo ser discriminado sexualmente.	3.49	.85	3.56	.73	3.55	.77
6. Tengo derecho a no tener hijos.	3.52	.91	3.78	.52	3.62	.74
7. Si deseo masturbarme puedo hacerlo.	3.43	.71	3.65	.57	3.64	.65
8. Las personas que tienen alguna discapacidad física o mental tienen derecho a no ser discriminadas sexualmente.	3.62	.63	3.68	.59	3.58	.66
9. Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas sexualmente.	3.57	.68	3.65	.62	3.62	.65
10. Tengo derecho a la comunicación o expresión sexual.	3.86	.39	3.84	.36	3.74	.59
11. Tengo derecho a disfrutar sexualmente.	3.70	.49	3.79	.40	3.75	.47
12. Tengo derecho a ejercer la sexualidad sin que nadie me presione.	3.81	.39	3.79	.44	3.77	.46

Nota: *M* = promedio aritmético; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo
Mediana para cada uno de los reactivos = 4

Tabla 9

Conocimiento de los derechos sexuales en el grupo control (continuación)

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 63		Postest <i>n</i> = 63		Seguimiento <i>n</i> = 53	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
13. Tengo derecho a no ser manipulado o explotado sexualmente.	3.81	.43	3.79	.54	3.72	.66
14. Tengo derecho a mantener la integridad de mi cuerpo.	3.86	.35	3.83	.38	3.79	.53
15. Tengo derecho a expresar mi identidad sexual.	3.73	.48	3.75	.59	3.77	.50
16. Tengo libertad para ejercer la sexualidad en cualquier situación.	3.52	.61	3.71	.55	3.64	.71
17. Tengo derecho a la protección de mi intimidad sexual.	3.86	.35	3.83	.42	3.83	.42

Nota: *M* = promedio aritmético; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo
Mediana para cada uno de los reactivos = 4

En la Tabla 10, se encuentran datos descriptivos relacionados con la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH, se encontró que los participantes del grupo de intervención y control tienden a estar totalmente en desacuerdo respecto a la presión de amigos o alguna otra persona para usar un condón y para reducir el número de parejas.

Tabla 10

Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH por grupo y tiempo de medición

Norma subjetiva	Medición	Intervención			Control		
		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Uso del condón							
Presión por amigos o alguna otra persona para usar un condón.	Pretest	2.10	1.5	1.28	2.48	3.0	1.36
	Postest	1.88	1.5	1.12	1.75	1.0	1.04
	Seguimiento	1.72	1.0	1.09	1.77	1.0	1.10
Presión por tus amigos o alguna otra persona para no usar un condón.	Pretest	1.55	1.0	.87	1.92	1.0	1.16
	Postest	1.60	1.0	.86	1.71	1.0	1.03
	Seguimiento	1.42	1.0	.84	1.70	1.0	1.15

Nota: intervención pretest *n* = 60, postest *n* = 60, seguimiento *n* = 57; control pretest *n* = 63, postest *n* = 63, seguimiento *n* = 53; *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo
(Continúa)

Tabla 10

Norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH por grupo y tiempo de medición (continuación)

Norma subjetiva	Medición	Intervención			Control		
		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Limitar número de parejas sexuales							
Presión por tus amigos o alguna otra persona para limitar o reducir el número de parejas sexuales.	Pretest	1.99	2.0	1.04	2.14	2.0	1.13
	Postest	1.93	1.5	1.14	1.76	1.0	.94
	Seguimiento	1.92	1.0	1.14	1.77	1.0	1.15
Presión por tus amigos o alguna otra persona para tener varias parejas sexuales.	Pretest	1.95	2.0	1.03	1.81	1.0	1.03
	Postest	1.58	1.0	.82	1.71	1.0	1.03
	Seguimiento	1.77	1.0	1.05	1.85	1.0	1.08

Nota: intervención pretest $n = 60$, postest $n = 60$, seguimiento $n = 57$; control pretest $n = 63$, postest $n = 63$, seguimiento $n = 53$; *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo

La autoeficacia para el uso del condón fue medida a través de la escala de autoeficacia para el uso de condón. Los participantes del grupo de intervención y del grupo control tienden a estar de acuerdo en confiar en su capacidad para el uso del condón. Las puntuaciones se mantuvieron similares en las tres mediciones. Cabe señalar que las puntuaciones incrementaron ligeramente en el grupo de intervención respecto al control (Tabla 11 y 12).

Tabla 11

Autoeficacia para el uso del condón en grupo de intervención

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 60			Postest <i>n</i> = 60			Seguimiento <i>n</i> = 57		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Me siento seguro en mi habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	3.20	3.5	.91	3.40	3.0	.64	3.61	4.0	.62
2. Me siento seguro de que puedo comprar condones sin sentir pena.	3.22	4.0	1.07	3.62	4.0	.58	3.46	4.0	.86
3. Me siento seguro de que puedo acordarme de llevar un condón conmigo.	3.22	3.0	.94	3.52	4.0	.83	3.47	4.0	.73
4. Me siento seguro de mi capacidad para discutir el uso del condón con cualquier pareja.	3.45	4.0	.85	3.57	4.0	.62	3.70	4.0	.53
5. Me siento seguro de mi capacidad para sugerir el uso del condón con una nueva pareja.	3.70	4.0	.61	3.67	4.0	.62	3.65	4.0	.58
6. Me siento seguro de que podría sugerir el uso de un condón sin hacer sentir mal a mi pareja.	3.57	4.0	.78	3.58	4.0	.74	3.58	4.0	.65
7. Me siento seguro de mi habilidad y la de mi pareja para mantener la erección mientras usamos un condón.	3.53	4.0	.70	3.65	4.0	.73	3.46	4.0	.96
8. Me sentiría avergonzado de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	.67	.0	1.23	.50	.0	.87	.33	.0	.71
9. Si tuviera que sugerir el uso de un condón a una pareja, yo me sentiría con miedo de que él o ella me rechace.	.83	.0	1.39	.60	.0	.94	.53	.0	.96
10. Si estuviera inseguro de la opinión de mi pareja sobre el uso del condón, yo no le sugeriría usarlo.	.68	.0	1.12	.73	.0	1.19	.77	.0	1.18
11. Me siento seguro de mi habilidad para usar un condón correctamente.	3.18	3.0	.96	3.6	4.0	.58	3.49	4.0	.82
12. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón antes de tener cualquier contacto sexual.	2.97	3.0	1.22	3.38	4.0	.90	3.46	4.0	.86

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición
0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo,
4 = Totalmente de acuerdo

(Continúa)

Tabla 11

Autoeficacia para el uso del condón en grupo de intervención (continuación)

Pregunta	Pretest n = 60			Postest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
13. Me siento seguro de mi capacidad de convencer a mi pareja para aceptar el uso de un condón.	3.58	4.0	.61	3.5	4.0	.79	3.58	4.0	.62
14. Me siento seguro de que podría retirar cuidadosamente el condón y desecharlo después de la relación sexual.	3.33	4.0	.85	3.55	4.0	.72	3.56	4.0	.80
15. Si mi pareja y yo estuvimos tratando de usar un condón y no tuvimos éxito me sentiría avergonzado de tratar de utilizar otro.	1.38	1.0	1.42	1.15	1.0	1.32	.88	.0	1.29
16. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque me sentiría temeroso de que él o ella pudiera pensar que he tenido experiencias homosexuales.	.43	.0	.92	.70	.0	1.09	.65	.0	1.21
17. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque él o ella podrían pensar que tengo una ITS.	.53	.0	1.14	.58	.0	.97	.44	.0	.92
18. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque temería que él o ella pensara que creo que tiene una ITS.	.52	.0	1.09	.53	.0	.96	.49	.0	.98
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja.	3.32	4.0	1.14	3.43	4.0	.92	3.35	4.0	1.00
20. Me siento seguro de mi habilidad para ponerme un condón o a mi pareja antes de tener sexo.	3.07	3.0	1.05	3.43	4.0	.76	3.49	4.0	.73
21. Me siento seguro de que podría utilizar un condón con mi pareja sin "romper la emoción del momento".	3.47	4.0	.76	3.42	4.0	.76	3.58	4.0	.65
22. Me siento seguro de mi habilidad de ponerme un condón o a mi pareja rápidamente.	2.80	3.0	1.13	3.30	4.0	.86	3.44	4.0	.80

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Rango de medición 0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = En desacuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo

(Continúa)

Tabla 11

Autoeficacia para el uso del condón en grupo de intervención (continuación)

Pregunta	Pretest n = 60			Postest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
23. Me siento seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir las sensaciones sexuales.	3.33	4.0	.98	3.40	4.0	.90	3.44	4.0	.86
24. Estoy seguro de que podría recordar usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.	2.88	3.0	.99	3.13	3.0	.94	3.02	3.0	.91
25. Estoy seguro de que puedo recordar usar un condón aunque estuviera drogado.	2.45	2.0	1.30	2.63	2.5	1.16	2.58	3.0	1.20
26. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante las relaciones sexuales, yo fácilmente podría convencerlo.	3.25	4.0	.95	3.45	4.0	.74	3.35	4.0	.79
27. Me siento seguro de que podría usar un condón correctamente.	3.47	4.0	.81	3.6	4.0	.55	3.75	4.0	.43
28. Me siento seguro de que podría hacer un alto para poner a mi o a mi pareja un condón.	3.30	4.0	.99	3.47	4.0	.76	3.49	4.0	.73

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo

Tabla 12

Autoeficacia para el uso del condón en el grupo control

Pregunta	Pretest n = 63			Postest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
1. Me siento seguro en mi habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	2.98	3.0	.95	3.22	3.0	.975	3.32	4.0	.89
2. Me siento seguro de que puedo comprar condones sin sentir pena.	2.86	3.0	1.21	3.00	3.0	1.178	3	3.0	1.05
3. Me siento seguro de que puedo acordarme de llevar un condón conmigo.	3.19	4.0	1.04	3.17	3.0	1.00	3.21	4.0	1.13
4. Me siento seguro de mi capacidad para discutir el uso del condón con cualquier pareja.	3.51	4.0	.71	3.27	4.0	1.05	3.34	4.0	.85

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo
(Continúa)

Tabla 12

Autoeficacia para el uso del condón en el grupo control (continuación)

Pregunta	Pretest n = 63			Postest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
5. Me siento seguro de mi capacidad para sugerir el uso del condón con una nueva pareja.	3.59	4.0	.71	3.35	4.0	.93	3.47	4.0	.79
6. Me siento seguro de que podría sugerir el uso de un condón sin hacer sentir mal a mi pareja.	3.51	4.0	.84	3.17	4.0	1.11	3.49	4.0	.89
7. Me siento seguro de mi habilidad y la de mi pareja para mantener la erección mientras usamos un condón.	3.37	4.0	.88	3.33	4.0	.98	3.34	4.0	.89
8. Me sentiría avergonzado de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	1.06	.0	1.39	1.49	1.0	1.49	1.15	.0	1.46
9. Si tuviera que sugerir el uso de un condón a una pareja me sentiría con miedo de que me rechace.	.68	.0	.93	1.59	1.0	1.42	.87	.0	1.22
10. Si estuviera inseguro de la opinión de mi pareja sobre el uso del condón, yo no le sugeriría usarlo.	.76	.0	1.17	1.71	1.0	1.57	1.06	.0	1.29
11. Me siento seguro de mi habilidad para usar un condón correctamente.	3.24	3.0	.94	3.16	3.0	1.05	3.26	4.0	.94
12. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón antes de tener cualquier contacto sexual.	3.05	3.0	1.18	3.00	3.0	1.16	3.11	4.0	1.17
13. Me siento seguro de mi capacidad de convencer a mi pareja para aceptar usar condón.	3.49	4.0	.75	3.33	4.0	1.03	3.49	4.0	.84
14. Me siento seguro de que podría retirar cuidadosamente el condón y desecharlo después de la relación sexual.	3.32	3.0	.83	3.19	4.0	1.06	3.45	4.0	.77
15. Si mi pareja y yo estuvimos tratando de usar un condón y no tuvimos éxito me sentiría avergonzado de tratar de utilizar otro.	1.30	1.0	1.30	1.63	1.0	1.53	1.58	1.0	1.56
16. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque me sentiría temeroso de que él o ella pudiera pensar que he tenido experiencias homosexuales.	.78	.0	1.15	1.35	1.0	1.43	1.19	1.0	1.38
17. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque él o ella podrían pensar que tengo una ITS.	.59	.0	.92	1.19	1.0	1.39	1.26	1.0	1.44

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo

(Continúa)

Tabla 12

Autoeficacia para el uso del condón en grupo control (continuación)

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 63			Postest <i>n</i> = 63			Seguimiento <i>n</i> = 53		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
18. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque temería que él o ella pudiera pensar que yo creo que él o ella tiene una ITS.	.48	.0	.80	1.13	1.0	1.35	1.08	.0	1.34
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja.	3.38	4.0	.83	3.06	4.0	1.28	3.23	4.0	1.08
20. Me siento seguro de mi habilidad para poner un condón a mí mismo o a mi pareja durante las caricias antes de tener relaciones sexuales.	2.92	3.0	.98	3.10	3.0	1.10	3.06	3.0	1.00
21. Me siento seguro de que podría utilizar un condón con mi pareja sin "romper la emoción del momento".	3.03	3.0	1.12	3.19	3.0	1.01	3.09	3.0	1.09
22. Me siento seguro de mi habilidad de poner un condón a mí mismo o a mi pareja rápidamente.	2.78	3.0	1.03	3.16	3.0	1.00	3.06	3.0	.98
23. Me siento seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir las sensaciones sexuales.	3.29	3.0	.85	3.32	4.0	1.01	3.23	4.0	.99
24. Estoy seguro de que podría recordar usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.	2.76	3.0	1.07	2.97	3.0	1.12	3.13	3.0	1.02
25. Estoy seguro de que puedo recordar usar un condón aunque estuviera drogado.	2.32	2.0	1.20	2.59	3.0	1.31	2.74	3.0	1.34
26. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante las relaciones sexuales, yo fácilmente podría convencerlo.	3.25	3.0	.86	3.06	3.0	1.17	3.32	4.0	.93
27. Me siento seguro de que podría usar un condón correctamente.	3.44	4.0	.79	3.40	4.0	.95	3.51	4.0	.80
28. Me siento seguro de que podría hacer un alto para poner a mí o a mi pareja un condón.	3.32	4.0	.87	3.38	4.0	.94	3.42	4.0	.98

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición

0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo,

4 = totalmente de acuerdo

En relación a la autoeficacia para mantener una pareja estable, en las Tablas 13 y 14 se puede observar que en ambos grupos los participantes en general tienden a estar de acuerdo en sentirse confiados en su capacidad mantener una relación monogámica. El grupo de intervención se mantuvo neutro en su confianza para reducir el número de nuevas parejas sexuales, mientras que los participantes del grupo control están de acuerdo. Las puntuaciones incrementaron ligeramente del pretest al posttest y en el seguimiento se mantienen en el grupo de intervención mientras que en el control tienden a mantenerse de manera similar en las tres mediciones.

Tabla 13

Autoeficacia para mantener una pareja estable en el grupo de intervención

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 60			Posttest <i>n</i> = 60			Seguimiento <i>n</i> = 57		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Confío que puedo...									
1. Reducir el número de nuevas parejas sexuales.	3.97	4.5	1.27	4.22	5.0	1.10	4.30	5.0	1.11
2. Mantener una relación con una sola pareja.	4.25	5.0	1.18	4.50	5.0	.91	4.49	5.0	.90
3. Evitar tener relaciones sexuales con otra pareja diferente a mi novia (o).	4.03	5.0	1.40	4.42	5.0	1.03	4.40	5.0	1.03
4. Hablar con mi novia (o) y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con una persona.	4.25	5.0	1.12	4.42	5.0	1.15	4.49	5.0	.94
5. Hablar con mi novia (o) y preguntarle cuantas parejas sexuales ha tenido.	4.45	5.0	.85	4.65	5.0	.75	4.54	5.0	.82

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1= totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo

Tabla 14

Autoeficacia para mantener una pareja estable en grupo control

Pregunta	Pretest n = 63			Postest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
Confío que puedo...									
1. Reducir el número de nuevas parejas sexuales.	4.10	4.0	1.13	4.32	5.0	1.02	4.36	5.0	.85
2. Mantener una relación con una sola pareja.	4.40	5.0	.95	4.40	5.0	.99	4.55	5.0	.82
3. Evitar tener relaciones sexuales con otra pareja diferente a mi novia (o).	4.35	5.0	1.19	4.32	5.0	1.09	4.26	5.0	1.07
4. Hablar con mi novia (o) y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con una persona.	4.41	5.0	.96	4.41	5.0	1.04	4.26	5.0	1.14
5. Hablar con mi novia (o) y preguntarle cuantas parejas sexuales ha tenido.	4.33	5.0	1.03	4.40	5.0	1.04	4.34	5.0	1.01

Nota: M = promedio aritmético, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo

Se observó que en los participantes de ambos grupos han pensado usar el condón de manera consistente, reducir el número de nuevas parejas sexuales o tener una sola pareja en los próximos tres meses (Tabla 15 y 16).

Tabla 15

Intención para la conducta protectora para VPH en grupo intervención

Pregunta	Pretest n = 60			Postest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
¿Has pensado en usar de forma consistente el condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?	4.27	5.0	1.16	4.6	5.0	.78	4.39	5.0	1.08
¿Qué tan probable es que uses de forma consistente un condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?	4.27	5.0	1.02	4.53	5.0	.74	4.28	5.0	1.13
¿Has pensado en reducir el número de nuevas parejas sexuales en los próximos tres meses?	3.6	4.0	1.49	4.32	5.0	1.11	4.04	5.0	1.32
¿Has pensado en tener una sola pareja sexual?	4.07	5.0	1.36	4.55	5.0	.92	4.21	5.0	1.14

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Rango de medición 1 = definitivamente no, 2 = tal vez no, 3 = no estoy seguro, 4 = tal vez sí, 5 = definitivamente sí

Tabla 16

Intención para la conducta protectora para VPH en el grupo control

Pregunta	Pretest n = 63			Postest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
¿Has pensado en usar de forma consistente el condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?	4.21	5.0	1.27	4.16	5.0	1.18	4.4	5.0	1.10
¿Qué tan probable es que uses de forma consistente un condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?	4.29	5.0	1.12	4.22	4.0	.94	4.4	5.0	.95
¿Has pensado en reducir el número de nuevas parejas sexuales en los próximos tres meses?	3.84	4.0	1.39	3.81	5.0	1.51	4.1	4.0	1.06
¿Has pensado en tener una sola pareja sexual?	4.33	5.0	1.10	4.32	5.0	1.17	4.5	5.0	.82

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Rango de medición 1 = Definitivamente no, 2 = Tal vez no, 3 = No estoy seguro, 4 = Tal vez sí, 5 = Definitivamente sí

Se observó que los participantes del grupo de intervención y control (Tabla 17 y 18) en lo relacionado a la intención de implementar un plan para el uso del condón en el posttest mostraron mayor intención de planear el uso del condón respecto al pretest. Los participantes del grupo de intervención en el posttest únicamente mostraron estar en desacuerdo en la planeación de cuándo usar un condón para sexo vaginal o anal y de acuerdo en las acciones que tomarían si su pareja se negara a usar un condón, en el resto de los elementos de la planeación para el uso del condón se observó una tendencia a estar muy de acuerdo y el grupo control a estar de acuerdo.

Las puntuaciones obtenidas se sostuvieron en el seguimiento en ambos grupos, cabe señalar que las puntuaciones obtenidas fueron mayores para el grupo de intervención que en el de control. El grupo de intervención mostró una tendencia a estar muy de acuerdo mientras el grupo control estaba de acuerdo.

Tabla 17

Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo de intervención

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 60			Postest <i>n</i> = 60			Seguimiento <i>n</i> = 57		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
He planeado...									
1. Dónde comprar o adquirir un condón cuando lo necesite.	5.00	5.0	1.08	5.42	6.0	.97	5.37	6.0	.81
2. Comprar o adquirir un condón cuándo sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual.	4.88	5.0	1.18	5.33	6.0	1.02	5.35	6.0	.79
3. Cómo puedo adquirir un condón.	5.15	6.0	1.08	5.42	6.0	.97	5.35	6.0	.91
4. Cuándo llevaré un condón conmigo.	4.77	5.0	1.21	5.22	6.0	1.01	5.26	6.0	.91
5. Cuándo usaré un condón para sexo vaginal o anal.	4.60	5.0	1.30	5.27	6.0	1.08	5.28	6.0	.97
6. Cuándo usaré un condón la próxima vez que tenga sexo oral.	3.10	3.0	1.71	3.92	4.0	1.73	3.77	4.0	1.74
7. Dónde guardaré los condones para tenerlos disponibles.	4.83	5.0	1.46	5.17	6.0	1.18	5.05	5.0	1.18
8. Qué diré a mi pareja acerca de usar condones antes de tener sexo.	4.75	5.0	1.43	5.18	6.0	1.06	5.09	5.0	.93
9. Qué diré a mi pareja si se rehúsa a usar un condón.	4.67	5.0	1.39	5.02	5.0	1.03	5.05	6.0	1.12
10. Las acciones que tomaré si mi pareja se niega a usar un condón.	4.62	5.0	1.47	4.97	5.0	1.27	4.95	5.0	1.21
11. Cómo me pondré el condón u ofreceré uno a mi pareja antes de tener sexo.	4.70	5.0	1.39	5.33	6.0	1.05	5.33	6.0	.89
12. Cuándo me pondré el condón u ofreceré uno a mi pareja.	4.75	5.0	1.38	5.33	6.0	1.02	5.26	6.0	.91

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición
1 = totalmente en desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = de acuerdo,
5 = muy de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo

Tabla 18

Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo control

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 63			Postest <i>n</i> = 63			Seguimiento <i>n</i> = 53		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
He planeado..									
1. Dónde comprar o adquirir un condón cuando lo necesite.	4.90	6.0	1.46	4.79	6.0	1.58	4.87	5.0	1.37
2. Comprar o adquirir un condón cuándo sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual.	4.68	5.0	1.45	4.86	5.0	1.52	4.74	5.0	1.34
3. Cómo puedo comprar o adquirir un condón.	4.75	5.0	1.43	4.83	5.0	1.40	4.83	5.0	1.28
4. Cuándo llevaré un condón conmigo.	4.46	5.0	1.47	4.78	5.0	1.40	4.81	5.0	1.37
5. Cuándo usaré un condón para sexo vaginal o anal.	4.71	5.0	1.58	4.86	5.0	1.34	4.91	5.0	1.31
6. Cuándo usaré un condón la próxima vez que tenga sexo oral.	3.24	3.0	1.89	4.19	4.0	1.72	4.38	5.0	1.70
7. Dónde guardaré los condones para tenerlos disponibles.	4.41	5.0	1.63	4.62	5.0	1.54	4.68	5.0	1.43
8. Qué diré a mi pareja acerca de usar condones antes de tener sexo.	4.62	5.0	1.46	4.79	5.0	1.50	5.04	5.0	1.12
9. Qué diré a mi pareja si se rehúsa a usar un condón.	4.44	5.0	1.62	4.68	5.0	1.46	4.87	5.0	1.17
10. Las acciones que tomaré si mi pareja se niega a usar un condón.	4.49	5.0	1.74	4.76	5.0	1.55	5	5.0	1.19
11. Cómo me pondré el condón u ofreceré uno a mi pareja antes de tener sexo.	4.57	5.0	1.47	4.86	5.0	1.37	5.11	5.0	1.06
12. Cuándo me pondré el condón u ofreceré uno a mi pareja.	4.54	5.0	1.66	4.67	5.0	1.51	5.06	5.0	1.13

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición

1 = totalmente en desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = de acuerdo,

5 = muy de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo

De manera complementaria se midió al inicio de la intervención y posterior a ella si los participantes planeaban de forma completa las conductas anticipatorias para el uso del condón (comprar o adquirir, llevar, negociar y uso). Durante el seguimiento los

participantes llevaron a cabo la planeación de cada una de las conductas preparatorias para el uso del condón.

Se observó que el total de participantes del grupo de intervención y control en el pretest en lo relacionado a dónde comprar un condón lo tenían planeado de manera completo. Los elementos para la negociación y el uso del condón en ambos grupos mostraron ser los más incompletos. En el posttest en el grupo de intervención el porcentaje de participantes que tuvieron un plan completo fue mayor que los del grupo control, principalmente en la conducta de llevar un condón consigo (Tablas 19 y 20).

Tabla 19

Evaluación de la intención de implementar un plan para el uso del condón en el grupo de intervención y tiempo de medición

Componente del plan	Pretest <i>n</i> = 60				Posttest <i>n</i> = 60			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Comprar o adquirir un condón								
Dónde	60	100	-	-	60	100	-	-
Cuándo	49	81.7	11	18.3	57	95.0	3	5.0
Precisión del plan (dónde + cuándo)	48	80.0	12	20.0	55	91.7	5	8.3
Llevar un condón consigo								
Dónde	33	55.0	27	45.0	53	88.3	7	11.7
Cuándo	46	76.7	14	23.3	59	98.3	1	1.7
Precisión del plan (dónde + cuándo)	26	43.3	34	56.7	43	71.7	17	28.3
Negociar su uso								
Qué	36	60.0	24	40.0	43	71.7	17	28.3
Cuándo	48	76.2	15	23.8	52	86.7	8	13.3
Precisión del plan (qué + cuándo)	21	35.0	39	65.0	22	37.3	37	62.7
Uso del condón								
Cómo	25	41.7	35	58.3	46	76.7	14	23.3
Cuándo	23	38.3	37	61.7	48	80.0	12	20.0
Precisión del plan (cómo + cuándo)	12	20.0	48	80	21	35.0	39	65.0

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

Tabla 20

Evaluación de la intención de implementar un plan para el uso del condón en el grupo control y tiempo de medición

Componente del plan	Pretest <i>n</i> = 63				Postest <i>n</i> = 61			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Comprar o adquirir un condón								
Dónde	63	100	-	-	61	100	-	-
Cuándo	16	25.4	47	74.6	51	83.6	10	16.4
Precisión del plan (dónde + cuándo)	46	73.0	17	27.0	53	86.9	8	13.1
Llevar un condón consigo								
Dónde	33	52.4	30	47.6	31	49.2	30	50.8
Cuándo	49	77.8	14	22.2	56	91.8	5	8.2
Precisión del plan (dónde + cuándo)	29	46.0	34	54.0	38	62.3	23	37.7
Negociar su uso								
Qué	47	74.6	16	25.4	16	26.2	45	73.8
Cuándo	33	52.4	30	47.6	43	70.5	18	29.5
Precisión del plan (qué + cuándo)	24	38.1	39	61.9	26	42.6	35	57.4
Uso del condón								
Cómo	22	36.7	38	63.3	29	47.5	32	52.5
Cuándo	22	34.9	41	65.1	20	32.8	41	67.2
Precisión del plan (cómo + cuándo)	11	17.5	52	82.5	21	34.4	40	65.6

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

En el postest no se consideraron dos cuestionarios por estar incompletos

En la Tabla 21 y 22, se puede observar que los participantes de ambos grupos tienden a estar de acuerdo en tener la intención para tener una pareja sexual estable. Los puntajes promedios a los reactivos incrementaron ligeramente del pretest al postest y en el seguimiento se mantienen.

Tabla 21

Intención de implementar un plan para mantener una pareja sexual estable en el grupo de intervención

Pregunta	Pretest n = 60			Postest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
He planeado									
1. Hablar con mi pareja y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con ella.	4.8	6.0	1.76	5.37	6.0	1.20	5.23	6.0	1.33
2. Cómo decir que no quiero tener un encuentro sexual ante una insinuación de personas que desconozco sus antecedentes sexuales.	4.67	5.0	1.45	4.95	5.5	1.34	4.89	6.0	1.53
3. Tener solo una pareja sexual en la vida.	3.45	3.0	1.97	4.48	5.0	1.76	4.33	5.0	1.74
4. Tener encuentros sexuales con otra persona que no sea mi novio(a) actual.	2.63	1.5	1.82	2.55	2.0	1.79	2.95	3.0	1.98
5. Que diré a mi pareja si sé que ha tenido otras parejas sexuales.	4.20	4.0	1.62	4.32	4.5	1.46	4.49	5.0	1.29
6. Que diré a una posible pareja si sé que él/ella ha tenido varias parejas sexuales.	4.22	4.0	1.41	4.63	5.0	1.34	4.56	5.0	1.35
7. Cuándo hablaré con mi novio(a) o mi pareja sobre el antecedente de número de parejas sexuales.	4.30	4.0	1.52	4.55	5.0	1.35	4.84	5.0	1.01
8. Que diré a mi novio(a) o mi pareja si me rechaza por saber que he tenido varias parejas sexuales.	4.10	4.0	1.69	4.65	5.0	1.35	4.51	5.0	1.46
9. Cómo evitar tener encuentros sexuales en la primera cita.	4.15	4.0	1.80	4.37	5.0	1.64	4.49	5.0	1.66
10. Tener más de una pareja sexual en la vida.	3.53	4.0	1.88	3.62	4.0	1.89	3.61	4.0	1.90
11. Cómo diré a mi novio (a) o mi pareja que he tenido relaciones sexuales con otra (s) personas.	3.80	4.0	1.66	4.23	4.5	1.61	4.26	4.0	1.67

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición

1 = totalmente en desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = de acuerdo,

5 = Muy de acuerdo, 6 = Totalmente de acuerdo

Tabla 22

Intención de implementar un plan para mantener una pareja estable en el grupo control

Pregunta	Pretest n = 63			Postest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
He planeado									
1. Hablar con mi pareja y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con ella.	4.80	6.0	1.76	5.08	6.0	1.34	5.3	6.0	1.11
2. Cómo decir que no quiero tener un encuentro sexual ante una insinuación de personas que desconozco sus antecedentes sexuales.	4.67	5.0	1.45	4.56	5.0	1.66	4.79	5.0	1.39
3. Tener solo una pareja sexual en la vida.	3.45	3.0	1.9	4.56	5.0	1.54	4.53	5.0	1.51
4. Tener encuentros sexuales con otra persona que no sea mi novio(a) actual.	2.63	1.5	1.8	3.00	3.0	1.81	3.17	3.0	1.95
5. Que diré a mi pareja si sé que ha tenido otras parejas sexuales.	4.20	4.0	1.62	4.4	5.0	1.76	4.34	4.0	1.46
6. Que diré a una posible pareja si sé que él/ella ha tenido varias parejas sexuales.	4.22	4.0	1.41	4.33	4.0	1.66	4.57	5.0	1.47
7. Cuándo hablaré con mi novio(a) o mi pareja sobre el antecedente de número de parejas sexuales.	4.30	4.0	1.52	4.44	5.0	1.72	4.57	5.0	1.52
8. Que diré a mi novio(a) o mi pareja si me rechaza por saber que he tenido varias parejas sexuales.	4.10	4.0	1.69	4.4	5.0	1.66	4.36	4.0	1.48
9. Cómo evitar tener encuentros sexuales en la primera cita.	4.15	4.0	1.80	4.75	5.0	1.45	4.72	6.0	1.59
10. Tener más de una pareja sexual en la vida.	3.53	4.0	1.88	3.75	4.0	1.92	3.89	4.0	1.78
11. Cómo diré a mi novio (a) o mi pareja que he tenido relaciones sexuales con otra(s) personas.	3.80	4.0	1.66	3.92	4.0	1.79	4.21	4.0	1.64

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo

En la Tabla 23, se puede apreciar que existieron variaciones en las respuestas a los reactivos del cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH en el grupo de intervención, las puntuaciones en el pretest oscilaron entre 1.42 a 3.67. Los participantes indicaron nunca usar condón cuando tienen fajes o sexo no penetrativo y casi siempre evitan tener encuentros sexuales si identifican granos o verrugas en sus genitales. En el post test se encontró que las puntuaciones aumentaron ligeramente, estas oscilaron entre

1.40 a 3.42, mientras que en seguimiento se ubicaron entre 1.45 a 3.41.

Las puntuaciones en el grupo control (Tabla 23) en el pretest oscilaron entre 1.24 y 3.56, en el post test en menos de la mitad de los reactivos disminuyeron las puntuaciones respecto al pretest en reactivos como: tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien, no tengo relaciones sexuales con alguien del cual desconozco sus antecedentes sexuales, tengo sexo anal entre otros. En el seguimiento la puntuación se encontró entre 1.77 y máxima de 3.38 (Tabla 23).

Tabla 23

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención

Pregunta	Pretest n = 60			Postest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	2.78	3.0	1.02	3.02	3.0	1.00	2.95	3.0	1.00
2. Uso condón cuando tengo fajes o sexo no penetrativo.	1.38	1.0	.92	1.65	1.0	.98	1.44	1.0	.78
3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.	2.20	2.0	1.17	2.73	3.0	1.10	2.56	3.0	1.18
4. Pregunto a mis posibles compañeros sexuales sus antecedentes sexuales.	2.47	2.0	1.01	2.57	2.5	1.18	2.84	3.0	.96
5. Evito tener fajes donde tenga contacto con la piel de los genitales de mi pareja.	1.58	1.0	.88	2.05	2.0	1.06	1.91	2.0	.95
6. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus prácticas de sexo oral o anal sin protección.	1.98	2.0	1.00	2.43	2.0	1.15	2.40	2.0	1.06
7. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	1.42	1.0	.64	1.40	1.0	.74	1.49	1.0	.86
8. No tengo relaciones sexuales con alguien del cual desconozco su antecedente sexual.	2.55	2.0	1.26	2.43	2.0	1.35	2.54	3.0	1.26
9. Si identifico granos o verrugas en mis genitales evito tener sexo.	3.67	4.0	.77	3.42	4.0	1.09	3.46	4.0	.90
10. Cuando tengo una cita siempre llevo un condón por si termina en un encuentro sexual.	2.33	2.0	1.11	2.80	3.0	.97	2.81	3.0	1.06
11. Insisto en revisar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de granos o verrugas.	2.02	2.0	1.01	2.75	3.0	1.05	2.37	2.0	1.06

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre

(Continúa)

Tabla 23

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención (continuación)

Preguntas	Pretest <i>n</i> = 60			Postest <i>n</i> = 60			Seguimiento <i>n</i> = 57		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. Cuando mi pareja y yo estamos en desacuerdo sobre la práctica de sexo seguro siempre doy mi punto de vista.	3.32	4.0	.94	3.48	4.0	.79	3.42	4.0	.90
13. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o cubierta de látex.	3.10	4.0	1.11	2.87	3.0	1.09	2.95	3.0	1.05
14. Si me dejo llevar por la pasión del momento tengo relaciones sexuales sin usar condón.	2.18	2.0	1.04	1.82	2.0	.83	2.16	2.0	1.03
15. Practico sexo anal.	1.63	1.0	.82	1.60	1.0	.82	1.70	1.0	.98
16. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo un plan para practicar sexo seguro.	2.80	3.0	1.03	3.15	3.0	.89	2.95	3.0	.99
17. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	2.50	2.0	1.09	2.90	3.0	1.05	2.70	3.0	1.11
18. Evito tener contacto directo con la piel de los genitales de una persona que tiene granos o verrugas.	3.33	4.0	1.03	3.23	4.0	1.07	3.35	4.0	1.00
19. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.	1.55	1.0	.76	1.45	1.0	.72	1.61	1.0	.99
20. Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas.	2.88	3.0	1.02	3.00	3.0	.93	2.98	3.0	1.00
21. Me abstengo de tener relaciones sexuales con una persona que sé que ha tenido muchas parejas sexuales.	2.47	2.0	1.22	2.72	3.0	1.10	2.81	3.0	1.02
22. Practico sexo anal sin usar condón.	1.57	1.0	.90	1.57	1.0	.92	1.65	1.0	1.04
23. Si identifico granos o verrugas en mis genitales acudo con el especialista y solicito una prueba para VPH.	2.42	2.0	1.36	3.05	4.0	1.18	2.77	3.0	1.25
24. Uso condón cuando tengo un encuentro sexual aun teniendo la vacuna para el VPH.	2.80	3.0	1.26	3.07	3.0	.97	2.98	4.0	1.18
25. Practico sexo oral.	3.27	3.5	.88	3.07	3.0	.89	3.12	3.0	.94
26. Tengo relaciones sexuales con una sola pareja.	3.08	4.0	1.09	3.30	4.0	.94	3.42	4.0	.88
27. Insisto en usar condón cuando tengo fajes o relaciones sexuales sin penetración.	1.42	1.0	.82	1.68	1.0	1.01	1.65	1.0	1.02
28. Si tengo relaciones sexuales con una nueva pareja uso condón.	3.15	4.0	1.10	3.30	4.0	.99	3.37	4.0	.97

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición

1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre

(Continúa)

Tabla 23

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención (continuación)

Preguntas	Pretest n = 60			Posttest n = 60			Seguimiento n = 57		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
29. Cuando tengo relaciones sexuales uso un condón.	2.87	3.0	1.03	3.00	3.0	.93	3.11	3.0	1.03
30. Si tengo relaciones sexuales con una personal que sé que ha tenido muchas parejas sexuales, uso condón.	2.62	3.0	1.23	3.38	4.0	.88	3.47	4.0	.80

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre

Tabla 24

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo control

Pregunta	Pretest n = 63			Posttest n = 63			Seguimiento n = 53		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	3.03	3.0	1.04	3.19	4.0	1.07	3.17	3.0	.95
2. Uso condón cuando tengo fajes o sexo no penetrativo.	1.24	1.0	.58	1.81	1.0	1.16	1.89	1.0	1.17
3. Me detengo a ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.	2.16	2.0	1.15	2.7	3.0	1.25	2.51	3.0	1.17
4. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus antecedentes sexuales.	2.38	2.0	1.09	2.81	3.0	1.22	2.72	3.0	1.19
5. Evito tener fajes con contacto de piel de los genitales de mi pareja.	1.83	1.0	1.00	2.40	2.0	1.30	2.34	2.0	1.14
6. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus prácticas de sexo oral o anal sin protección.	2.11	2.0	1.09	2.62	3.0	1.23	2.43	2.0	1.13
7. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	1.41	1.0	.79	1.81	1.0	1.13	1.77	1.0	1.05
8. No tengo relaciones sexuales con alguien del cual desconozco su antecedente sexual.	2.81	3.0	1.28	2.59	2.0	1.26	2.38	2.0	1.28
9. Si identifico granos o verrugas en mis genitales evito tener sexo.	3.56	4.0	.96	3.29	4.0	1.11	3.28	4.0	1.00
10. Cuando tengo una cita siempre llevo un condón por si termina en un encuentro sexual.	2.24	2.0	1.16	2.46	3.0	1.20	2.55	3.0	1.08
11. Insisto en revisar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de granos o verrugas.	2.14	2.0	1.14	2.44	2.0	1.25	2.58	2.0	1.16

Nota: M = promedio aritmético; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = Siempre

(Continúa)

Tabla 24

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo control (continuación)

Preguntas	Pretest <i>n</i> = 63			Postest <i>n</i> = 63			Seguimiento <i>n</i> = 53		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. Cuando mi pareja y yo estamos en desacuerdo sobre la práctica de sexo seguro siempre doy mi punto de vista.	3.41	4.0	.83	3.52	4.0	.75	3.36	4.0	.76
13. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o cubierta de látex.	2.86	3.0	1.21	2.71	3.0	1.15	3.04	3.0	1.07
14. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	2.02	2.0	1.11	2.38	2.0	1.15	2.32	2.0	1.15
15. Practico sexo anal.	1.44	1.0	.77	1.73	1.0	1.01	1.72	1.0	1.08
16. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo un plan para practicar sexo seguro.	2.87	3.0	1.17	3.03	3.0	.99	3.11	3.0	.95
17. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	2.87	3.0	1.18	3.13	4.0	1.03	3.06	3.0	1.00
18. Evito tener contacto directo con la piel de los genitales de una persona que tiene granos o verrugas.	3.49	4.0	.99	3.37	4.0	1.00	3.36	4.0	1.02
19. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.	1.59	1.0	.83	2.1	2.0	1.18	1.98	2.0	1.00
20. Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales.	2.59	2.0	1.15	2.89	3.0	1.04	2.81	3.0	.92
21. Me abstengo de tener relaciones sexuales con una persona que sé que ha tenido muchas parejas sexuales.	2.92	3.0	1.15	2.9	3.0	1.05	2.74	3.0	1.07
22. Practico sexo anal sin usar condón.	1.44	1.0	.85	1.79	1.0	1.13	1.85	1.0	1.16
23. Si identifico granos o verrugas en mis genitales acudo con el especialista y solicito una prueba para VPH.	2.81	4.0	1.33	3.1	4.0	1.13	3.06	4.0	1.18
24. Uso condón aun teniendo la vacuna para el VPH.	3.21	4.0	1.06	3.14	4.0	1.06	3.32	4.0	.97
25. Practico sexo oral.	3.03	3.0	1.06	2.89	3.0	1.07	3.08	3.0	1.01
26. Tengo relaciones sexuales con una sola pareja.	3.08	4.0	1.11	3.21	4.0	1.01	3.25	4.0	.99

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre

(Continúa)

Tabla 24

Conducta sexual protectora para VPH en el grupo control (continuación)

Pregunta	Pretest <i>n</i> = 63			Postest <i>n</i> = 63			Seguimiento <i>n</i> = 53		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
28. Si tengo relaciones sexuales con una nueva pareja uso condón.	3.37	4.0	1.00	3.24	4.0	1.07	3.45	4.0	.77
29. Cuando tengo relaciones sexuales uso un condón.	3.10	3.0	1.01	3.25	4.0	1.03	3.11	3.0	.93
30. Si tengo relaciones sexuales con una personal que sé que ha tenido muchas parejas sexuales, uso condón.	2.79	3.0	1.22	3.51	4.0	.82	3.38	4.0	.90

Nota: *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre

Índices de variables de estudio

Se realizó un índice con una escala de 0 a 100, con las respuestas de los instrumentos de las variables de estudio posteriormente se obtuvieron estadísticos descriptivos para el total de la muestra por grupo (intervención y control) y por tiempo de medición (pretest, postest y seguimiento) con la finalidad de conocer la distribución de las variables de estudio a través de prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. En la Tabla 25, se puede observar que la mayoría de las variables no mostraron distribución normal ($p < .05$) en el pretest, con excepción de la variable de autoeficacia para el uso del condón. En el postest las variables intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable y la conducta sexual protectora para VPH mostraron distribución normal así como en el seguimiento.

Tabla 25

Estadística descriptiva de las variables del estudio y prueba de Kolmogorov-Smirnov

con corrección de Lilliefors, en total de la muestra y tiempo de medición

Índice	Tiempo	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer	Pretest	38.74	41.17	12.17	5.88	73.53	.086	.045
	Postest	54.65	58.82	19.80	5.88	97.06	.095	.017
	Seguimiento	52.20	55.88	19.05	5.88	91.18	.113	.002
Conocimiento de los derechos sexuales	Pretest	91.51	96.07	12.16	1.96	100	.243	.001
	Postest	94.09	100.00	10.51	60.78	100	.319	.001
	Seguimiento	93.83	100.00	19.61	19.61	100	.304	.001
Norma subjetiva para la conducta protectora para VPH	Pretest	23.97	25.00	19.24	.00	68.75	.125	.001
	Postest	17.72	12.50	18.67	.00	62.50	.229	.001
	Seguimiento	20.79	12.50	22.09	.00	75.00	.229	.001
Autoeficacia para el uso del condón	Pretest	80.64	80.35	11.48	50.89	100	.074	.178
	Postest	80.14	82.58	15.61	26.79	100	.102	.007
	Seguimiento	82.50	86.60	14.40	35.71	100	.140	.001
Autoeficacia para mantener una pareja estable	Pretest	72.48	76.66	20.95	.00	100	.190	.001
	Postest	78.74	85.00	21.59	.00	100	.234	.001
	Seguimiento	79.59	83.33	17.46	35	100	.245	.001
Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	Pretest	72.48	76.66	20.95	0.0	100	.115	.001
	Postest	78.74	85.00	21.59	0.0	100	.162	.001
	Seguimiento	79.59	83.33	17.46	35.00	100	.128	.001
Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	Pretest	61.48	61.81	17.03	5.45	100	.091	.026
	Postest	66.33	66.36	18.64	16.36	100	.061	.200
	Seguimiento	67.81	67.27	18.87	14.55	100	.071	.200
Conducta sexual protectora para VPH	Pretest	54.72	57.22	14.57	17.78	84.44	.096	.015
	Postest	61.58	63.33	15.72	31.11	94.44	.072	.200
	Seguimiento	59.34	58.88	14.27	30.00	88.89	.090	.027

Nota: intervención: pretest $n = 120$, posttest $n = 120$, seguimiento $n = 117$; control: pretest $n = 123$, posttest $n = 123$, seguimiento $n = 110$; *M* = media aritmética; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = valor mínimo; *Max* = valor máximo; *D^a* = estadístico Kolmogorov-Smirnov, *p* = valor de significancia

Estadística descriptiva de las variables del estudio

La estadística descriptiva para el grupo de intervención y control se puede apreciar en la Tabla 26. El conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer se incrementó en el grupo de intervención del posttest al seguimiento de 38.92 a 73.04, a diferencia del grupo control que mantuvo un puntaje bajo. Las puntuaciones medias del conocimiento de los derechos sexuales fueron ligeramente mayores en el grupo de intervención observándose que la puntuación promedio mayor se encuentra en la medición de seguimiento ($M = 97.32$, $DE = 5.26$) y en el grupo control en el posttest ($M = 91.75$, $DE = 10.82$).

La norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención disminuyó mientras que la percepción de la norma en el control se mantiene. Los participantes del grupo de intervención mostraron percibirse más autoeficaces para usar el condón, las puntuaciones fueron ligeramente mayores en este grupo respecto al control. En las puntuaciones del grupo de intervención se identificó un ligero incremento del pretest al posttest ($M = 81.46$ a $M = 85.27$), contrario a lo que se encontró en el grupo control. Se observó que ambos grupos obtuvieron puntuaciones similares en la autoeficacia para mantener una pareja estable, las puntuaciones medias aumentaron en las tres mediciones en el grupo de intervención ($M = 79.75$, $M = 86.00$, $M = 86.14$ respectivamente).

Las puntuación en la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo de intervención tuvo una media en el posttest de 85.83 ($DE = 22.37$, $Mdn = 100$), esta disminuyó ligeramente en el seguimiento ($M = 83.33$); el grupo control obtuvo una puntuación media de 77.18 en el pretest y aumentó a 86.08 en el seguimiento. La intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable fue ligeramente mayor en el grupo de intervención en el pretest y posttest. Cabe señalar que el aumento en la puntuación del pretest al posttest en el grupo intervención fue mayor que en el control.

Los participantes de ambos grupos mostraron puntuaciones altas en la conducta sexual protectora para VPH en el postest respecto a las otras mediciones. En el grupo de intervención se notó un ligero incremento en la puntuación obtenida del pretest al postest ($M = 52.22$ a $M = 60.28$).

Tabla 26

Estadística descriptiva de variables de estudio por grupo y tiempo de medición

Índice		Intervención			Control		
		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer	P ¹	38.92	39.70	13.06	38.19	41.18	11.46
	P ²	73.04	75.00	12.76	42.76	44.12	13.66
	S	68.73	70.59	13.24	41.90	38.24	13.87
Conocimiento de derechos sexuales	P ¹	92.48	96.08	13.88	90.16	94.12	10.12
	P ²	96.57	100.00	9.35	91.75	96.08	10.82
	S	97.32	100.00	5.26	90.09	96.08	15.63
Norma subjetiva para una conducta sexual protectora para VPH	P ¹	22.40	18.75	19.54	27.18	25.00	20.49
	P ²	18.75	12.50	19.56	18.35	12.50	20.66
	S	17.76	12.50	18.85	19.34	12.50	20.37
Autoeficacia para el uso del condón	P ¹	81.46	81.70	11.15	79.41	78.57	11.17
	P ²	85.27	87.95	12.65	75.30	75.89	15.73
	S	86.09	88.39	11.09	78.64	79.46	16.52
Autoeficacia para mantener una pareja estable	P ¹	79.75	85.00	22.08	82.94	85.00	19.08
	P ²	86.00	95.00	19.68	84.21	95.00	22.02
	S	86.14	95.00	18.80	83.87	95.00	21.27
Intención para uso del condón	P ¹	70.83	75.00	32.11	77.18	87.50	26.90
	P ²	85.83	100.00	22.37	76.59	87.50	30.25
	S	83.33	100.00	26.76	86.08	100.00	23.72
Intención para tener una pareja estable	P ¹	81.66	87.50	25.98	81.15	100.00	27.30
	P ²	89.16	100.00	16.98	79.76	87.50	24.43
	S	83.33	100.00	26.76	86.08	100.00	23.72
Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	P ¹	73.03	78.33	18.33	69.71	71.67	23.62
	P ²	82.61	89.17	17.01	74.47	78.33	24.28
	S	81.87	86.67	14.88	77.14	78.33	19.72
Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	P ¹	59.73	58.18	16.71	61.96	63.64	18.64
	P ²	66.76	66.36	16.94	65.77	67.27	21.33
	S	67.59	69.09	17.42	68.06	65.45	20.50
Conducta sexual protectora para VPH	P ¹	52.22	52.78	15.81	56.65	60.00	13.55
	P ²	60.28	63.33	15.97	61.36	61.11	15.50
	S	58.67	58.89	15.07	60.06	58.89	13.48

Nota: intervención $n = 60$, $n = 60$ $n = 57$; control $n = 63$, $n = 63$, $n = 53$; *M* = promedio aritmético; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; rango de medición 1 = nada, 2 = algunas veces, 3 = la mayoría de las veces, 4 = siempre; P¹ = pretest, P² = posttest, S = seguimiento

Estadística inferencial

Debido a que las variables del estudio no mostraron una distribución normal a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se optó por emplear estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados e hipótesis del estudio a través de la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Friedman y el modelo lineal multivariado.

Para dar respuesta al objetivo específico, la conducta sexual previa y la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH influyen en la conducta sexual protectora para VPH, se utilizó un análisis de correlación con el Coeficiente de Spearman, se encontró que dentro de las componentes de conducta previa el uso del condón en los últimos tres meses no se correlacionó con la conducta sexual protectora para VPH ($r_s = .116, p = .200$), mientras que el número de parejas en los últimos tres meses mostró una correlación negativa significativa con la conducta sexual protectora para VPH ($r_s = -.227, p = .011$) esto indica que a menor número de parejas sexuales los adolescentes tienen una mejor conducta sexual protectora para VPH. La norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH no mostró correlacionarse significativamente con la conducta sexual protectora para VPH ($r_s = -.176, p = .05$).

Se calculó una U de Mann-Whitney con la finalidad de probar las diferencias entre los grupos de intervención y el control, en la Tabla 27 se pueden observar las diferencias entre los grupos. Se identificó que existe diferencia significativa entre las medianas de los puntajes del conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer obtenidas en el postest ($U = 217, p < .001$) y seguimiento ($U = 266.5, p < .001$), el grupo de intervención presentó puntuación mediana mayor que el grupo control en el postest ($Mdn = 75.00$ vs $Mdn = 70.59$) y seguimiento ($Mdn = 44.12$ vs $Mdn = 38.24$).

También se encontró diferencia significativa en las puntuaciones medianas del conocimiento de los derechos sexuales arrojadas en los diferentes tiempos de medición. Las puntuaciones medianas de la autoeficacia para el uso del condón resultaron ser

mayores en el grupo de intervención después de la intervención y en el seguimiento ($U = 1165.5, p < .001, U = 1137, p = .025$), siendo que la diferencia fue significativa. La autoeficacia para mantener una pareja estable, la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón, la intención para implementar un plan de acción para mantener una pareja estable y la conducta sexual protectora para VPH no mostraron diferencia significativa entre los grupos ($p > .05$).

Tabla 27

Prueba U de Mann-Whitney para variables de estudio entre el grupo de intervención y control por tiempo de medición

Variable		Pretest			Postest			Seguimiento		
		Mdn	U	p	Mdn	U	p	Mdn	U	p
Conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer	GI	39.70	1875.0	.939	75.00	217.0	.001	70.59	266.5	.001
	GC	41.18			44.12			38.24		
Conocimiento de los derechos sexuales	GI	96.08	1489.5	.041	100.00	1089.0	.001	100.00	1064.5	.003
	GC	94.12			96.08			96.08		
Autoeficacia para el uso del condón	GI	81.70	1662.5	.249	87.95	1165.5	.001	88.39	1137.0	.025
	GC	78.57			75.89			79.46		
Autoeficacia para mantener una pareja estable	GI	85.00	1820.5	.720	95.00	3842.5	.735	95.00	1476.0	.829
	GC	85.00			95.00			95.00		
Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	GI	78.33	1791.0	.616	89.17	1551.0	.085	86.67	1368.0	.393
	GC	71.67			78.33			78.33		
Intención de implementar una plan de acción para mantener una pareja estable	GI	58.18	1697.5	.330	66.36	1873.0	.931	69.09	1475.5	.834
	GC	63.64			67.27			65.45		
Conducta sexual protectora para VPH	GI	52.78	1545.5	.081	63.33	1823.0	.734	58.67	1441.0	.677
	GC	60.00			61.11			58.89		

Nota: intervención: pretest y postest $n = 60$, seguimiento $n = 57$; control: pretest y postest $n = 63$, seguimiento $n = 53$; U = prueba U de Mann-Whitney; p = valor de significancia; Mdn = mediana; GI = grupo de intervención, GC = grupo control

Con la finalidad de identificar las diferencias en las puntuaciones de las medianas de las variables del estudio en los diferentes tiempos de medición y al interior de cada uno de los grupos se efectuó la prueba Friedman (Tabla 28). La prueba en el grupo de intervención mostró que existe diferencia significativa en: el conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer ($\chi^2_{[2,57]}=81.73, p < .001$), el conocimiento de derechos sexuales ($\chi^2_{[2,57]}=40.16, p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($\chi^2_{[2,57]}=6.65, p = .036$), intención de implementar un plan de acción para el uso del condón ($\chi^2_{[2,57]}=17.30, p < .001$), la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable ($\chi^2_{[2,57]}=8.54, p = .014$) y la conducta sexual protectora para VPH ($\chi^2_{[2,57]}=23.52, p < .001$), mientras que en el grupo control solo mostró significancia el conocimiento de derechos sexuales ($\chi^2_{[2,53]}=6.71, p = .035$) y la intención de implementar una plan de acción para mantener una pareja estable ($\chi^2_{[2,53]}=6.06, p = .048$).

Tabla 28

Prueba Friedman para determinar la diferencia entre los tiempos de medición

Variable	Intervención		Control	
	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer	81.73	.001	3.97	.137
Conocimiento de derechos sexuales	40.16	.001	6.71	.035
Autoeficacia para el uso del condón	6.65	.036	1.39	.497
Autoeficacia para mantener una pareja estable	3.60	.165	.013	.993
Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	17.30	.001	3.11	.210
Intención de implementar una plan de acción para mantener una pareja estable	8.54	.014	6.06	.048
Conducta sexual protectora para VPH	23.52	.001	2.70	.259

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; χ^2 = prueba Chi cuadrada; p = valor de significancia grados de libertad = 2

Para confirmar las diferencias entre los grupos, dentro de ellos y el efecto de la intervención se utilizaron modelos lineales generales para mediciones repetidas para tres factores (pretest, postest y seguimiento). Para cada variable que se manipuló, en este apartado se presenta el análisis multivariado correspondiente al estadístico Lambda de Wilks y en el Apéndice X se pueden observar los resultados obtenidos con otros estadísticos de contrastes multivariados. Posteriormente, se muestran los análisis univariados para la prueba intra-sujetos asumiendo la esfericidad de los datos (las otras pruebas intra-sujetos se muestran en Apéndice Y), seguida de la prueba de los efectos inter-sujetos y el gráfico que representa el efecto de la interacción tiempo de medición y grupo. Finalmente aparece la descripción de las estimaciones de los parámetros del modelo (ver Tablas en Apéndice Z).

En la Tabla 29, se puede observar el análisis multivariado para el conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer, el cual indica que las puntuaciones obtenidas son diferentes entre los grupos de medición ($\Lambda = .512, F_{[2,107]} = 50.90, p < .001$). Se observó que el grupo de intervención obtuvo mayor incremento en el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer en el postest y seguimiento (Figura 5). También se observó que existe diferencia significativa en el conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en los distintos tiempos de medición ($\Lambda = .387, F_{[2,107]} = 84.91, p < .001$).

Tabla 29

Análisis multivariado del conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.387	84.91	2	107	.001	.613
Tiempo por grupo	.512	50.90	2	107	.001	.488

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F , $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error, p = valor de significancia, η^2 = eta al cuadrado parcial

Los hallazgos a través de análisis univariado (Tabla 30) permiten confirmar que existe interacción entre el grupo y el tiempo de medición ($F_{[2,216]} = 61.71, p < .001$), así

mismo, existe diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas del conocimiento sobre VPH y su relación con el cáncer en los diferentes tiempos de medición

($F_{[2,216]} = 102.69, p < .001$).

Tabla 30

Prueba de efectos intra-sujetos para el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Tiempo	23692.310	11846.155	102.69	2	.001
Tiempo por grupo	14237.555	7118.777	61.71	2	.001
Error	24917.368	115.358		216	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; *F* = estadístico *F*; *gl* = grados de libertad; *p* = valor de significancia

La prueba de efecto inter-sujeto indica que existe diferencia en las medias del conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer entre los grupos

($F_{[2,216]} = 97.80, p < .001$) (Tabla 31).

Tabla 31

Prueba de efecto inter-sujetos para el conocimiento de VPH y su relación con el cáncer

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Intersección	845167.471	845167.471	2878.18	1	.001
Grupo	28718.797	28718.797	97.80	1	.001
Error	31713.729	293.646		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; *F* = estadístico *F*; *gl* = grados de libertad; *p* = valor de significancia

Figura 5. Efecto de tiempo por grupo en el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer

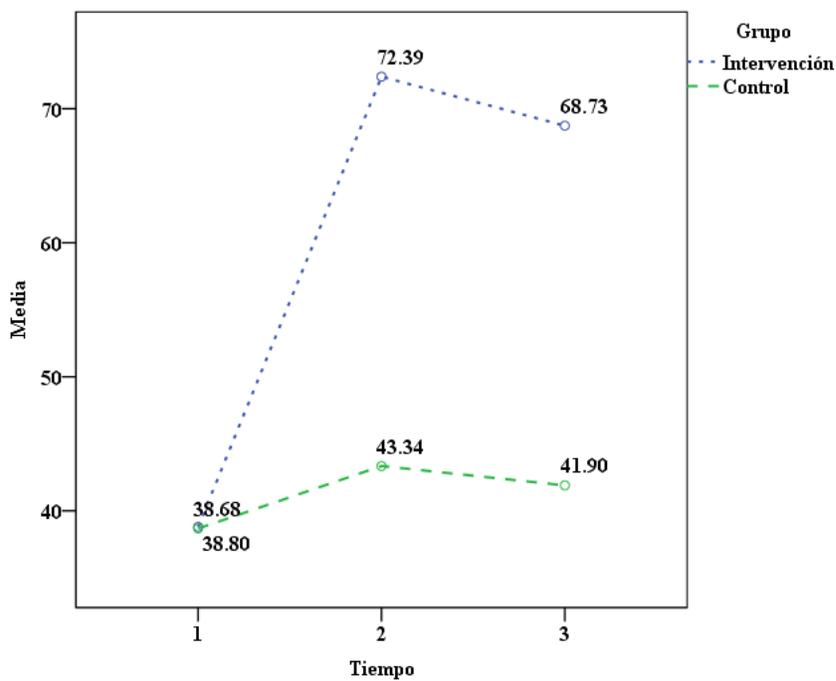


Figura 5. La gráfica muestra las variaciones del efecto del tiempo por grupo respecto al conocimiento del VPH y su relación con el cáncer.

A través de la estimación de parámetros del modelo (Apéndice Z) se pudo observar que existe diferencia significativa en las mediciones obtenidas en posttest ($\beta = 39.05, p < .001$) y seguimiento ($\beta = 26.83, p < .001$).

El modelo de análisis multivariado para el conocimiento de los derechos sexuales (Tabla 32) mostró que no existe diferencia significativa en la interacción del tiempo de medición por el grupo ($\lambda = .956, F_{[2,107]} = 2.47, p = .089$), tampoco en los diferentes tiempo de medición ($\lambda = .966, F_{[2,107]} = 1.88, p = .157$).

Tabla 32

Análisis multivariado del conocimiento de los derechos sexuales

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.966	1.88	2.0	107	.157	.034
Tiempo por grupo	.956	2.47	2.0	107	.089	.044

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F, $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error, p = valor de significancia, η^2 = eta al cuadrado parcial

A través de la prueba de efectos intra-sujetos para el conocimiento de los derechos sexuales (Tabla 33) se pudo identificar que no existe interacción entre el tiempo de medición por grupo ($F_{[2,216]} = 2.81, p = .069$), ni en los distintos tiempos de medición ($F_{[2,216]} = 2.56, p = .080$).

Tabla 33

Prueba de efectos intra-sujetos para el conocimiento de los derechos sexuales

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Tiempo	416.336	235.968	2.56	2	.087
Tiempo por grupo	457.998	259.582	2.81	2	.069
Error	17551.975	92.111		216	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

Por medio de la prueba de los efectos inter-sujetos se pudo observar (Tabla 34) que existen diferencias significativas entre las medias del conocimiento de los derechos sexuales entre el grupo de intervención y el control ($F_{[1,108]} = 7.40, p = .008$).

Tabla 34

Prueba de los efectos inter-sujetos para el conocimiento de los derechos sexuales

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Intersección	2854540.588	2854540.588	12749.46	1	.001
Grupo	1657.431	1657.431	7.40	1	.008
Error	24180.661	223.895		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Figura 6, se muestra que el grupo de intervención tuvo puntajes promedios mayores en el conocimiento de derechos sexuales en los diferentes momentos de medición que el grupo control.

Figura 6. Efecto de tiempo por grupo en el conocimiento de los derechos sexuales

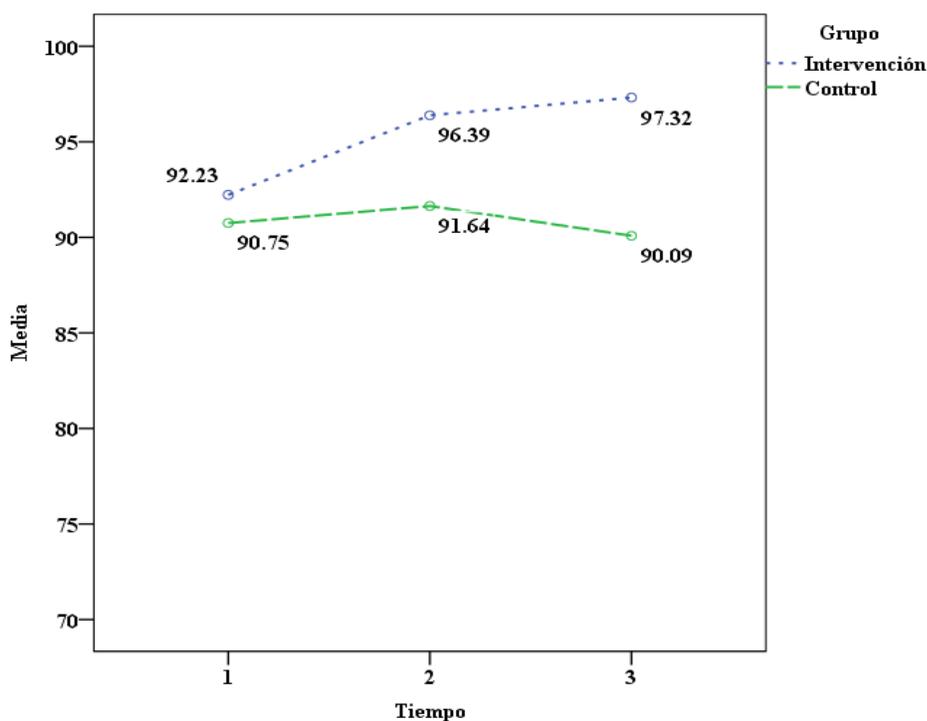


Figura 6. La gráfica muestra los cambios del conocimiento de los derechos sexuales en los diferentes tiempos de medición y los grupos.

A través de la estimación de parámetros (Apéndice Z) se observó que las puntuaciones medias obtenidas en el conocimiento de los derechos sexuales en el seguimiento entre los grupos fueron significativas ($\beta = 7.32, p < .001$).

El análisis multivariado para la autoeficacia para el uso del condón a través de la prueba Lambda de Wilks indicó que no existe diferencia significativa en las medias de la autoeficacia para el uso del condón entre los grupos ($\Lambda = .920, F_{[2,107]} = 4.63, p = .012$);

sin embargo, mostraron ser estadísticamente significativas en los diferentes tiempos de medición ($\Lambda = .971$, $F_{[2,107]} = 1.59$, $p = .029$) (Tabla 35).

Tabla 35

Análisis multivariado de la autoeficacia para el uso del condón

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.971	1.59	2	107	.209	.029
Tiempo por grupo	.920	4.63	2	107	.012	.080

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F, $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error, p = valor de significancia, η^2 = eta al cuadrado parcial

En la Tabla 36, se puede observar que a través del análisis univariado para la autoeficacia para el uso del condón existe interacción del tiempo de medición por grupo ($F_{[2,216]} = 4.41$, $p = .013$), resultando contrario en los diferentes tiempos de medición ($F_{[2,216]} = 1.69$, $p = .187$).

Tabla 36

Prueba de efectos intra-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Tiempo	340.371	170.185	1.69	2	.187
Tiempo por grupo	890.048	445.024	4.41	2	.013
Error	21751.558	100.702		216	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Tabla 37, se puede observar que por medio de la prueba de los efectos inter-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón existe interacción entre el grupo ($F_{[1,108]} = 10.43$, $p = .002$). Esto permite inferir que las medias en la autoeficacia para el uso del condón son distintas entre el grupo de intervención y control.

Tabla 37

Prueba de los efectos inter-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Intersección	2160958.277	2160958.277	6253.56	1	.001
Grupo	3606.681	3606.681	10.43	1	.002
Error	37320.047	345.556		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F ; gl = grados de libertad; p = valor de significancia

En la Figura 7, se observa que el grupo de intervención tuvo incremento en la autoeficacia para el uso del condón en las tres mediciones con una media más alta en la medición de seguimiento.

Figura 7. Efecto de tiempo por grupo en la autoeficacia para el uso del condón

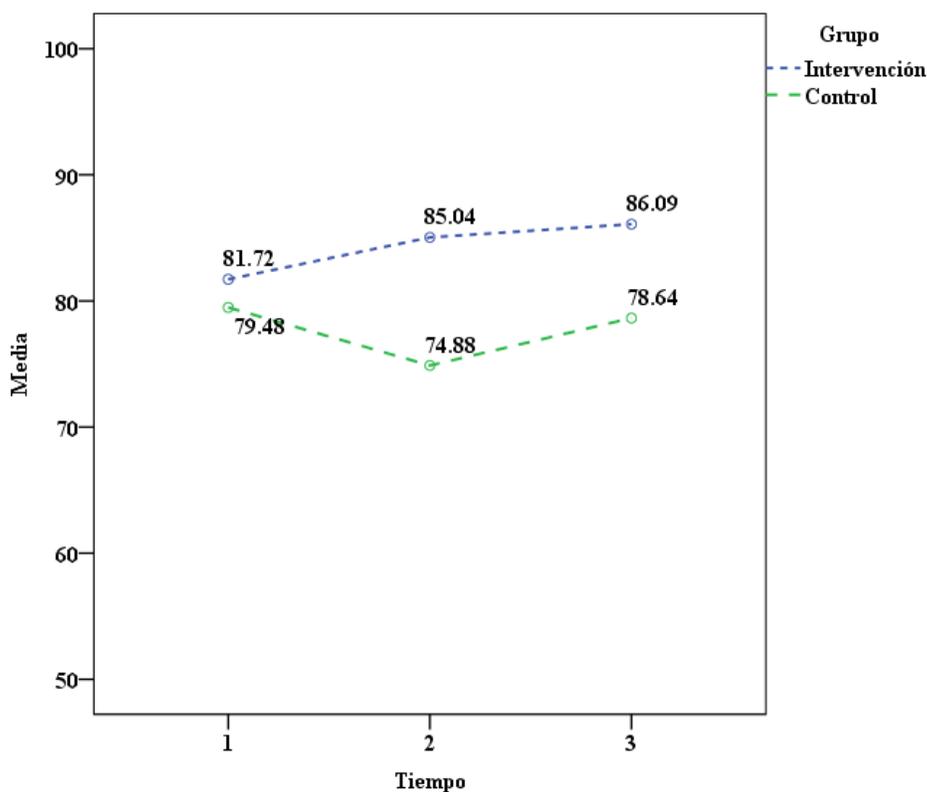


Figura 7. EL gráfico muestra los cambios en los diferentes tiempos de medición por grupo en la autoeficacia para el uso del condón.

También se pudo identificar a través de la estimación de parámetros que existe diferencia significativa entre las medias de los grupos obtenidas en el postest y seguimiento ($\beta = 10.15, p < .001; \beta = 7.45, p = .006$) (Apéndice Z).

El modelo de análisis multivariado para la autoeficacia para mantener una pareja estable (Tabla 38), permitió identificar que no existe diferencia significativa en las medias obtenidas entre los grupos ($\Lambda = .970, F_{[2, 107]} = 1.65, p = .196$), tampoco en los diferentes tiempos de medición ($\Lambda = .978, F_{[2, 107]} = 1.17, p = .312$).

Tabla 38

Análisis multivariado para la autoeficacia para mantener una pareja estable

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.978	1.17	2	107	.312	.022
Tiempo por grupo	.970	1.65	2	107	.196	.030

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F, $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error, p = valor de significancia, η^2 = eta al cuadrado parcial

La prueba de efectos intra-sujetos para la autoeficacia para mantener una pareja estable indica (Tabla 39) que no existe interacción entre el tiempo de medición por grupo ($F_{[2, 216]} = 2.08, p = .127$), así mismo, no existe interacción en los diferentes tiempos de medición ($F_{[2, 216]} = 1.44, p = .237$).

Tabla 39

Prueba de efectos intra-sujetos para la autoeficacia para mantener una pareja estable

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Media cuadrática	F	gl	p
Tiempo	529.716	264.858	1.44	2	.237
Tiempo por grupo	763.352	382.676	2.08	2	.127
Error	39496.193	196.723		216	

Nota: Intervención $n = 57$; Control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad; p = valor de significancia

En la Tabla 40, se puede observar que la prueba de efectos inter-sujetos para la autoeficacia para mantener una pareja estable indica que no existe interacción entre los

grupos ($F_{[1, 108]} = .03, p = .843$).

Tabla 40

Prueba de los efectos inter-sujetos para autoeficacia para mantener una pareja estable

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Intersección	2349582.248	2349582.248	2866.47	1	.001
Grupo	32.248	32.248	.03	1	.843
Error	88525.025	819.676		108	

Nota: Intervención $n = 57$; Control $n = 53$; F = estadístico F ; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Figura 8, se puede apreciar que grupo de intervención mostró un incremento en la media para la autoeficacia para mantener una pareja sexual estable en los diferentes tiempos respecto al grupo control. Cabe señalar que no se encontró diferencia significativa entre las medias obtenidas en los diferentes momentos de medición (Apéndice Z).

Figura 8. Efecto del tiempo por grupo en la autoeficacia para mantener una pareja estable

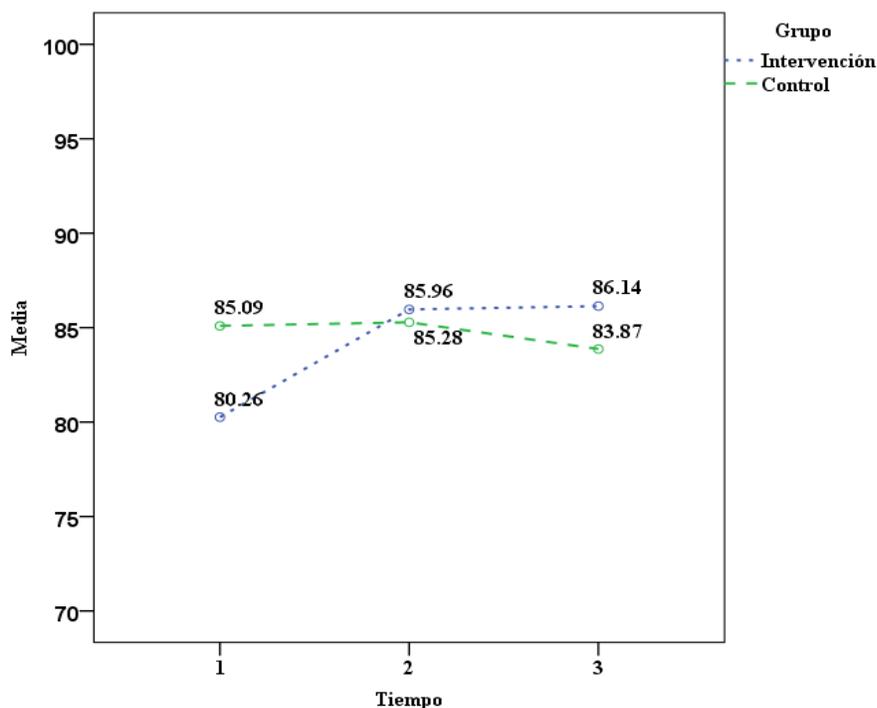


Figura 8. El gráfico muestra los cambios en los diferentes tiempos de medición y por grupo en la autoeficacia para mantener una pareja estable.

En la Tabla 41, se puede apreciar el análisis multivariado correspondiente a la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón, en este se observó que no existe diferencia significativa en tiempo por grupo ($\Lambda = .983, F_{[2,107]} = .93, p = .397$); sin embargo, existe diferencia significativa en las medias obtenidas en los diferentes tiempos de medición ($\Lambda = .875, F_{[2,107]} = 7.64, p < .001$).

Tabla 41

Análisis multivariado para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.875	7.64	2.	107	.001	.125
Grupo por tiempo	.983	.93	2	107	.397	.017

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F; $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error; p = valor de significancia; η^2 = eta al cuadrado parcial

El análisis univariado para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón, permitió identificar que existe interacción en el tiempo de medición ($F_{[2,216]} = 7.56, p < .001$), lo que indica que existen variaciones en los promedios obtenidos en los distintos tiempos en que se realizaron las mediciones (Tabla 42).

Tabla 42

Prueba de efectos intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Tiempo	3238.172	1619.086	7.56	2	.001
Tiempo por grupo	380.663	190.332	.88	2	.413
Error	46253.798	214.138		216	

Nota: Intervención $n = 57$; Control $n = 53$; F = estadístico F ; gl = grados de libertad; p = valor de significancia

A través de la prueba de los efectos inter-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón no se encontró interacción entre el

tiempo por grupo ($F_{[1, 108]} = 1.99, p = .161$). Este hallazgo sugiere que ambos grupos tiene la intención de implementar un plan para el uso del condón sin importar que a grupo hayan pertenecido (Tabla 43).

Tabla 43

Prueba de los efectos inter-sujetos la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Intersección	1946918.264	1946918.264	2511.16	1	.001
Grupo	1544.257	1544.257	1.99	1	.161
Error	83733.050	775.306		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad; p = valor de significancia

La Figura 9, se observa que el grupo de intervención tuvo un incremento considerable en las puntuaciones medias en la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el postest y en el seguimiento se mantuvo.

Figura 9. Efecto del tiempo por grupo en la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

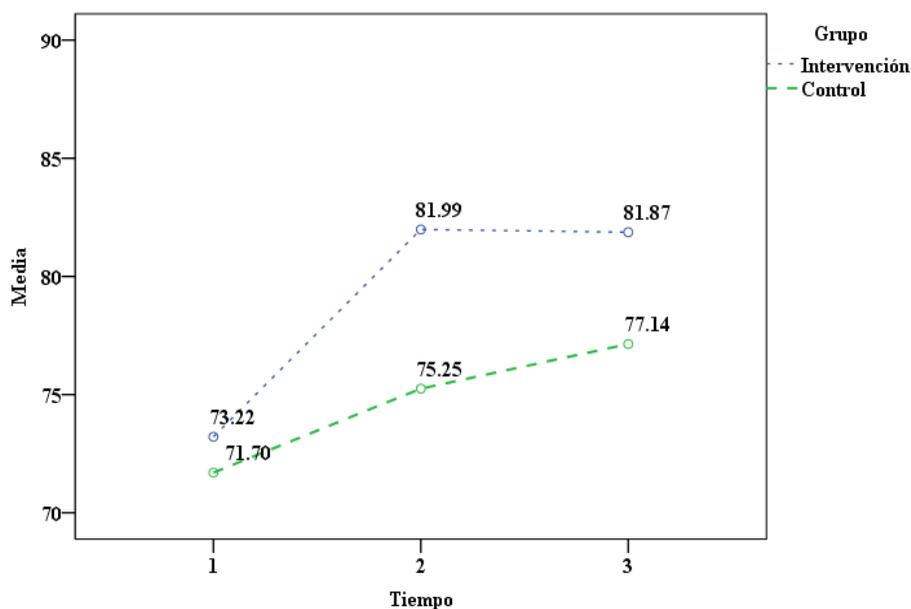


Figura 9. El gráfico muestra las variaciones en las medias de la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en los diferentes tiempos de medición y por grupo.

El análisis multivariado para la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable (Tabla 44) señala que no existe diferencia significativa entre el tiempo por grupos ($\Lambda = .986, F_{[2, 107]} = .75, p = .471$); sin embargo, se encontró diferencia significativa en las medias obtenidas en los diferentes tiempo de medición ($\Lambda = .898, F_{[2, 107]} = 6.08, p = .003$).

Tabla 44

Análisis multivariado de la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.898	6.08	2	107	.003	.102
Tiempo por grupo	.986	.75	2	107	.471	.014

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F, $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error, p = valor de significancia, η^2 = eta al cuadrado parcial

El análisis univariado intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable mostró que no existe interacción entre efecto de tiempo por grupo, únicamente en el efecto del tiempo en las diferentes mediciones ($F_{[2, 216]} = 5.86, p = .003$) (Tabla 45). Esto indica que la intención de implementar un plan de acción para una pareja estable fue distinta en los tiempos de medición.

Tabla 45

Prueba de efectos intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para una pareja estable

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Tiempo	2347.228	1173.614	5.86	2	.003
Tiempo por grupo	319.679	159.840	.79	2	.451
Error	43222.339	200.103		216	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Tabla 46, se puede observar que no existe interacción de efecto entre el tiempo por grupo ($F_{[1, 108]} = .36, p = .545$), este resultado indica que la intención de

implementar un plan para mantener una pareja no difiere entre el grupo de intervención y el control.

Tabla 46

Prueba de los efectos inter-sujetos para implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Intersección	1402789.118	1402789.118	2344.84	1	.001
Grupo	220.904	220.904	.36	1	.545
Error	64610.391	598.244		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F ; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Figura 10, se puede apreciar que el grupo de intervención incrementó la media de la intención de implementar un plan para mantener una pareja estable en el posttest y se mantuvo en el seguimiento.

Figura 10. Efecto del tiempo por grupo en la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

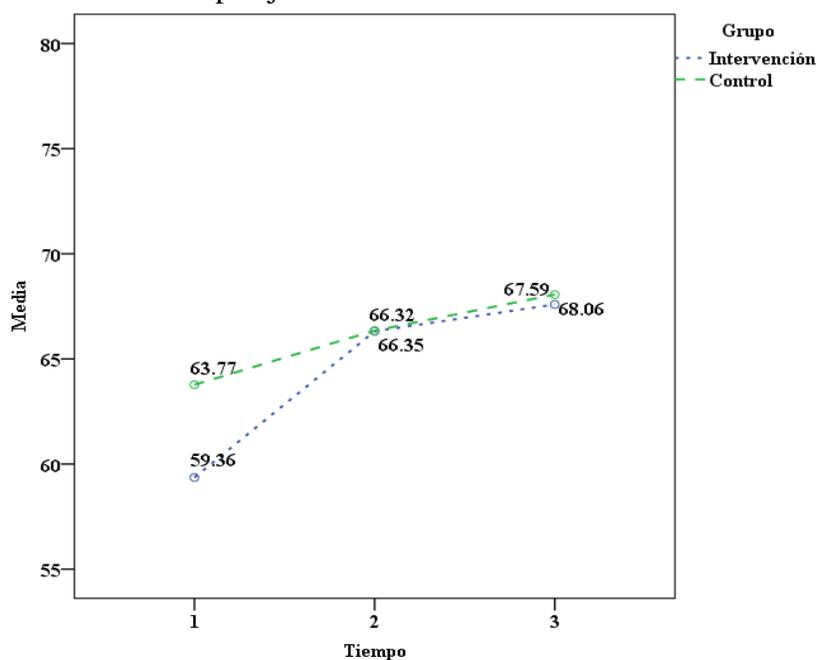


Figura 10. El gráfico muestra las variaciones en las medias en el tiempo por grupo para la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable.

En la Tabla 47, se puede observar el análisis multivariado para la conducta sexual protectora para VPH, el cual permite identificar que la interacción del tiempo de medición por grupo no fue significativa ($\Lambda = .952, F_{[2, 107]} = 2.69, p = .072$); sin embargo, la interacción en el tiempo de medición mostró ser significativa ($\Lambda = .769, F_{[2, 107]} = 16.03, p < .001$), esto indica que la conducta sexual protectora para VPH fue distinta en los diferentes tiempos de medición.

Tabla 47

Análisis multivariado para la conducta sexual protectora para VPH

Fuente de variación	Λ	F	$gl H$	$gl E$	p	η^2
Tiempo	.769	16.03	2	107	.001	.231
Tiempo por grupo	.952	2.69	2	107	.072	.048

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; Λ = valor de Lambda de Wilks; F = estadístico F; $gl H$ = grados de libertad de la hipótesis; $gl E$ = grados de libertad del error; p = valor de significancia; η^2 = eta al cuadrado parcial

El análisis univariado de la prueba de efecto intra-sujetos refleja que únicamente existió interacción en el tiempo de medición de la conducta sexual protectora para VPH ($F_{[2, 107]} = 15.98, p < .001$), por lo que se infiere que la conducta sexual no es la misma en las diferentes mediciones efectuadas (Tabla 48).

Tabla 48

Prueba de efectos intra-sujetos para la conducta sexual protectora para VPH

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Tiempo	2622.485	1311.242	15.98	2	.001
Tiempo por grupo	406.188	203.094	2.47	2	.086
Error	17714.822	82.013		216	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad; p = valor de significancia

En la Tabla 49, se puede apreciar que la prueba de efectos inter-sujetos para la conducta sexual protectora para VPH indica que no existe interacción entre los grupo ($F_{[1, 108]} = 2.06, p = .154$).

Tabla 49

Prueba de los efectos inter-sujetos para la conducta sexual protectora para VPH

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo III	Cuadrado Medio	F	gl	p
Intersección	1132325.824	1132325.824	2299.09	1	.001
Grupo	1014.354	1014.354	2.06	1	.154
Error	53191.033	492.510		108	

Nota: intervención $n = 57$; control $n = 53$; F = estadístico F; gl = grados de libertad, p = valor de significancia

En la Figura 11, se observa que las medias del grupo de intervención fueron menores que en el control en los diferentes tiempos de medición. Sin embargo, en el grupo de intervención se observa un incremento considerable en el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer del pretest al posttest y se mantiene en el seguimiento.

La estimación de parámetros para la diferencia entre las medias de la conducta sexual protectora únicamente fue significativa en el pretest ($\beta = -6.575, p = .017$) (Apéndice Z).

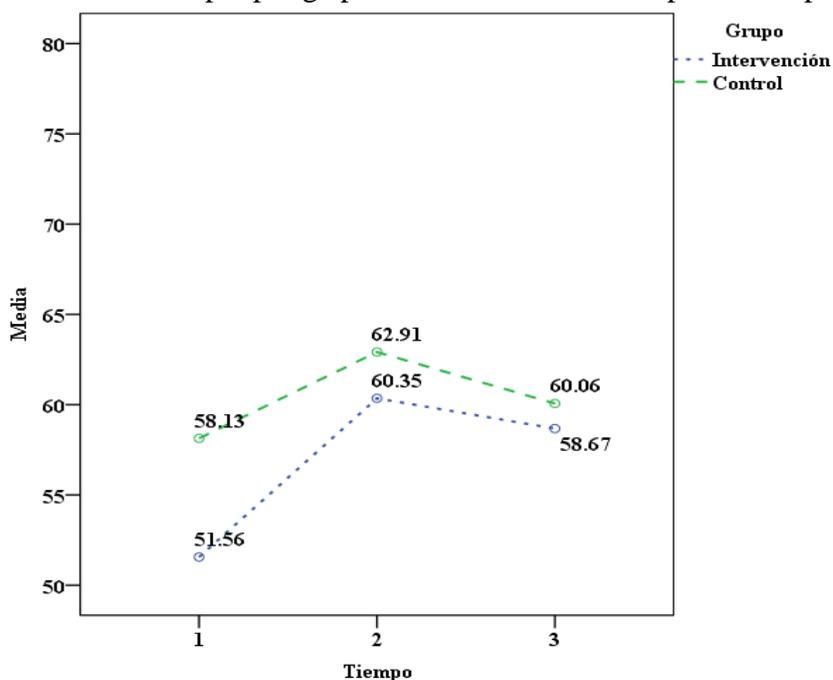
Figura 11. Efecto de tiempo por grupo en la conducta sexual protectora para VPH

Figura 11. El gráfico muestra la variación de la conducta sexual protectora para VPH en los diferentes tiempos de medición entre los grupos.

Los resultados de las diferencias entre los grupos de intervención y control (Tabla 27) y al interior de cada uno de los grupos (Tabla 28) permitieron dar respuesta a las hipótesis 1, 2, 3 y 4. La primera hipótesis hace referencia a que los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer así como el conocimiento de los derechos sexuales, comparado con el grupo control. Los resultados mostrados previamente permiten identificar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre VPH y su relación cáncer entre los grupos y el conocimiento de los derechos sexuales mostró un incremento significativo en ambos grupos de intervención tanto en el postest y el seguimiento. Por lo que la hipótesis planteada se acepta parcialmente.

En relación a la hipótesis donde se planteó que los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable comparado con el grupo control. Se acepta la hipótesis planteada de forma parcial, debido a que únicamente se encontró diferencia significativa respecto a la variable de autoeficacia para el uso del condón. Al analizar al interior de cada uno de los grupos de manera similar se identificó que la autoeficacia para el uso del condón incrementó significativamente en el grupo de intervención.

Respecto a la hipótesis que plantea que los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y mantener una pareja estable, comparado con el grupo control, no se encontró diferencia significativa entre los grupos. Sin embargo, el análisis al interior de los grupos mostró un incremento significativo en la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en el grupo de intervención y la intención de implementar un plan

de acción para mantener una pareja estable fue significativa en ambos grupos. Por lo que se acepta parcialmente la hipótesis.

En cuanto a la hipótesis que planteaba que los adolescentes que pertenecen al grupo experimental al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarán significativamente la conducta sexual protectora para VPH comparado con el grupo control. Se acepta parcialmente debido a que no se encontró diferencia significativa entre los grupos; sin embargo, el análisis al interior de los grupos mostró un incremento significativo en la conducta sexual protectora para VPH únicamente en el grupo de intervención

Factibilidad del estudio

La factibilidad para la intervención educativa para incrementar una conducta sexual protectora para VPH se centró en el reclutamiento y retención de participantes, componentes de la intervención, fidelidad de la intervención, disposición de la institución educativa y los adolescentes y la satisfacción de los participantes con la intervención.

Reclutamiento.

En relación al reclutamiento de los participantes inicialmente se había planteado incluir únicamente a adolescentes que había iniciado vida sexual; sin embargo, se observó que al momento de realizar la selección de los participantes, aun explicando que había sido de forma aleatoria estos rechazaban participar por los comentarios que realizaban los adolescentes que no habían sido seleccionados. Se consideró pertinente incluir a una proporción de participantes que no hubieran iniciado vida sexual (25% de la muestra calculada para el estudio) con la finalidad de disminuir comentarios o la curiosidad de saber si existía alguna razón específica por la que se seleccionaba a ciertos adolescentes. De estos 26 aceptaron participar y entregaron el consentimiento informado firmado por alguno de sus padres o tutor, de los cuales 10 fueron asignados al grupo de

intervención y 16 al control, cabe señalar que no fueron considerados para el análisis. De esta manera se obtuvo mayor participación de los adolescentes.

Otra situación que se presentó fue que algunos de los participantes no entregaban al día siguiente el consentimiento informado firmado por los padres o tutor, por lo que se tuvieron que realizar hasta tres visitas para obtenerlos. En algunos casos los participantes lo entregaron firmado; sin embargo, mencionaron no estar interesados en participar debido a que no les gustaba el tema, otros mencionaron estar involucrados en diferentes actividades académicas que les dificultaría asistir a las sesiones. Esto provocó que el reclutamiento se extendiera en tiempo (1 mes) y se realizaran más pruebas filtro de lo esperado. Del total de adolescentes identificados que cubrían el criterio de inclusión, la tasa de respuesta para participar en el estudio fue de un 48.32%.

Retención.

De manera global la retención de participantes de la primer medición a la correspondiente al seguimiento fue de 82.7%. La retención de participantes del grupo de intervención de la primera medición a la segunda fue de 88.2% y de esta a la tercera fue de 95%. La retención de la primera medición a la segunda sesión fue de 88.2%, de esta a la cuarta y quinta un 83.8%. Mientras que en el grupo control fue más alta de primera medición a la segunda (96.9%) y en el seguimiento menor (77.9%).

Dentro de las estrategias empleadas para asegurar contar con la asistencia de los participantes fue necesario programar las sesiones de acuerdo al horario del maestro que autorizaba su salida a la sesión o con aquel que el participante sugería, regularmente fue en las materias que tenían menor complejidad o había cumplido con tareas y actividades solicitadas. Esto implicó contactar personalmente a diferentes maestros, previo a la sesión, lo cual consumió demasiado tiempo. El uso de mensajes a través de whatsapp como recordatorio de la sesión y/o avisar día y horario de la sesión no se consideró adecuado debido a que se identificó que varios de los participantes cambiaron número

telefónico o no revisaban el mensaje. El entregar un recordatorio en persona se consideró más adecuado y aseguraba la asistencia de los adolescentes.

Como estrategias para motivar la asistencia se les otorgó a los participantes al final de cada sesión a la que acudían un aperitivo, a partir de la segunda sesión educativa se les mencionó que al concluir la intervención se les otorgaría un pequeño obsequio (artículo escolar), además se hizo una rifa de condoneras en los diferentes grupos.

Componentes de la intervención.

Fue necesario integrar el contenido de las sesiones educativas 2 y 3, debido a que el reclutamiento de participantes se extendió en tiempo y la programación de las sesiones se ajustó a la programación de las actividades académicas (exámenes y semana de aniversario de la institución) y calendario escolar, por lo que el tiempo para el desarrollo de la primera medición, sesiones educativas y segunda medición se programaron acorde a la fecha de fin de semestre. La frecuencia de las sesiones se tenía programada de manera semanal, pero para la sesión 2 y la 3 se tuvo un intervalo de dos semanas por programación de actividades académicas, esto limitaba programar dos sesiones para todos los grupos, por lo que se integró el contenido en una sesión con una duración de 80 minutos. El tiempo para cada sesión estaba contemplado de 60 minutos; sin embargo, el tiempo se tuvo que ajustar en las sesiones 4 y 5 a la duración de clase (50 minutos). Fue necesario reprogramar las sesiones para aquellos participantes que no acudieron en el día indicado.

Los grupos para dar las sesiones variaron en la cantidad de integrantes. Al iniciar la sesión se conformaron tres grupos con más de los integrantes que se tenía planeado incluir (20 integrantes) debido a que se integraron adolescentes sin vida sexual y fueron equilibrados en la cantidad de hombres y mujeres. Sin embargo, como la programación de las sesiones fue de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del participante y permiso del docente, en algunas sesiones acudieron menor número de participantes y el mantener

mismo número de mujeres y hombres fue difícil; así mismo, no fue posible mantener a los mismos integrantes de los grupos iniciales.

Disposición de institución educativa y adolescentes.

Se observó disposición tanto de las autoridades administrativas como del personal docente de la institución para llevar a cabo el estudio. En algunos casos, el docente condicionó o negó el permiso del participante a acudir a las sesiones debido a que mostraba un rendimiento académico bajo.

Los adolescentes que formaron parte del grupo de intervención, mostraron disposición a participar, siempre y cuando no representara una carga de trabajo extra. Sin embargo, algunos de estos por no considerarlo como actividad obligatoria de la institución, en ciertas ocasiones no acudían a la sesión a pesar de contar con la autorización del docente y haber confirmado asistencia a la sesión que se programada de acuerdo al horario de su preferencia.

Es importante mencionar que los participantes mostraron menor disposición a participar en las últimas dos sesiones educativas, debido a la carga de tareas que tenían que entregar. Se observó mayor disposición para el llenado de instrumentos, por considerar que esto les consumiría menor tiempo.

Con el grupo control fue necesario persuadir para que llenaran los cuestionarios y acudieran a la sesión la cual fue necesario reprogramar en diferentes ocasiones debido a que no acudieron el día señalado. En el momento de la primera medición mostraron mayor disposición para contestar los cuestionarios. Mientras que en el postest y seguimiento referían tener que cumplir con actividades académicas como entrega de tareas, revisión de productos integradores por lo que fue necesario que fijaran las fechas en que se les podía buscar para el llenado. Se observó que el tiempo para llenar los instrumentos fue menor respecto a la primera medición (tiempo promedio 40 min a 20 min). En este grupo se observó que los adolescentes tendían a llegar después de la hora

de entrada y retirarse antes de hora establecida, lo que dificultó el obtener las mediciones.

Fidelidad de la intervención.

La fidelidad de la intervención fue evaluada por un observador en cada una de las sesiones, para asegurar que el desarrollo de las sesiones se llevara a cabo de la manera planteada. Un 89.2% de las actividades de la intervención se llevaron a cabo acorde a lo planeado; sin embargo, el apego a los tiempos establecidos para cada una de ellas fue bajo (54.0%). Por ejemplo, la actividad “identifica los derechos sexuales” estaba contemplada para realizarse en 8 minutos pero se realizó en 4 minutos, en esta los participantes debían de realizar la lectura de un caso en el que tenían que identificar los derechos sexuales, después de manera grupal comentarían cuál era el derecho y de qué forma se estaba violando. La manera en cómo se llevó a cabo fue realizar lectura guiada del caso e identificaban el derecho. Con respecto al contenido de la intervención se entregó en un 80.7%, se cuidó proporcionar los contenidos esenciales en cada sesión.

Satisfacción de los participantes con la intervención.

El 80% de los participantes refirió estar muy satisfecho con la intervención, mientras que el 12% de los participantes mostró estar satisfecho. La totalidad de los participantes consideraron que la intervención les fue de utilidad.

La puntuación promedio de la escala de satisfacción de manera general fue de 93.41 ($DE = 8.36$; mínimo 67.50, máximo 100). En la Tabla 49, se puede observar que los participantes refirieron estar de acuerdo principalmente con el contenido del programa, los facilitadores estaban bien informados sobre el tema y las actividades desarrolladas durante el programa fueron apropiadas.

Tabla 50

Estadística descriptiva de la satisfacción de los participantes con la intervención

Pregunta	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. El contenido del programa fue bueno y/o adecuado.	4.87	.34
2. Los facilitadores presentaron el tema y/o actividades de una manera clara y concisa.	4.82	.39
3. Las actividades realizadas durante el programa fueron apropiadas.	4.83	.41
4. Los videos y / o presentaciones fueron adecuadas para el objetivo del programa.	4.82	.39
5. Los facilitadores involucraron activamente a todos los participantes en las actividades.	4.67	.54
6. Los facilitadores estaban bien informados sobre el tema.	4.88	.32
7. El número de sesiones para lograr el objetivo del programa fueron suficientes para brindar la información para la prevención del VPH.	4.58	.69
8. La duración del programa fue apropiada para lograr los objetivos planteados.	4.55	.59
9. El tiempo de las sesiones fue adecuado.	4.55	.62
10. Volverías a participar en algún programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual.	4.80	.51

Nota: $n = 57$; M = media; DE = desviación estándar; rango de medición 1= totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo la mediana para cada una de las preguntas se ubicó en 5

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue determinar la eficacia preliminar de una intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para VPH en adolescentes, guiada por la teoría de la conducta planeada. La discusión se inicia con algunos datos sociodemográficos que caracterizan a la muestra y la conducta sexual, posteriormente se explican los resultados de acuerdo a las hipótesis y objetivos planteados, se continúa con las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

La edad promedio de los participantes fue de 17.05 años. La mayoría de los participantes del estudio fueron hombres lo cual difiere con estudios previos, debido a que en la mayoría de los estudios se cuenta con mayor participación de mujeres (Kester, Shedd-Steele, Dotson-Roberts, Smith & Zimet, 2014), este aspecto es relevante debido a que su inclusión puede ayudar a disminuir creencias erróneas sobre la forma de infectarse con VPH como es el pensar que solo las mujeres son las que se pueden infectar y desarrollan cáncer (Fernandez et al., 2009).

Una baja proporción de los participantes cuentan con la vacuna contra el VPH, lo cual concuerda con los hallazgos de Marek et al. (2012) y difiere con Turiho et al. (2014), esta condición incrementa su vulnerabilidad a infectarse con VPH de alto riesgo, además de que se identificó que cuentan con factores de riesgo para la infección entre ellos se encuentra: el hecho de haber iniciado la vida sexual a temprana edad y el uso del condón inconsistente principalmente al tener relaciones sexuales de tipo anal y oral. Esto refleja escaso conocimiento sobre la transmisión de ITS por estos tipos de relaciones sexuales y una baja percepción de riesgo de infectarse con la práctica de estos tipos de relaciones sexuales (Halpern-Felsher, Cornell, Kropp & Tschann, 2005).

Un gran número de los adolescentes refirió haber tenido sexo oral, el que practiquen con mayor frecuencia este tipo de relación sexual puede deberse a que los

adolescentes desean evitar un embarazo y no consideran que pueden ser infectados por alguna ITS como es el VPH a través de este tipo de sexo (Halpern-Felsher et al., 2005; Lefkowitz, Vasilenko & Leavitt, 2016).

El tipo de pareja sexual en la mayoría de los adolescentes fue estable, esto es un hallazgo favorable; sin embargo, es necesario hacer énfasis en el uso correcto y consistente del condón, mantener la monogamia, debido a que el riesgo de infección por VPH de tipo oncogénico es mayor si se tienen más de dos parejas sexuales (Sánchez-Alemán, Uribe-Salas, Lazcano-Ponce & Conde-Glez, 2011).

Los hallazgos revelan que los adolescentes mostraron bajo conocimiento sobre el VPH, esto es similar con lo reportado en otro estudio realizado en adolescentes mexicanos (Contreras-González et al., 2017) y de otras nacionalidades (Marek et al. 2012; Rashid, Labani & Das, 2016), así mismo, desconocen el vínculo del VPH con el desarrollo de cáncer (Bustamante-Ramos, Martínez-Sánchez, Tenaua-Quitl, Jiménez & López-Mendoza, 2015; Ching-Yi et al., 2015). En varias intervenciones se ha observado que el conocimiento sobre el VPH (Kim et al., 2015; Krawczyk et al., 2012; Mehta et al., 2013; Sweeney et al., 2015) y su relación con cáncer (Calderón-Garcidueñas et al., 2015; Chiung-Yi et al., 2015; Merzouk et al., 2011) incrementa a través de la transmisión de información empleando recursos como videos y sesiones educativas, lo cual coincide con este estudio. Posterior a la intervención los participantes del grupo de intervención incrementaron considerablemente el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer. Se observó que el VPH lo vinculan principalmente con el desarrollo del CaCU y en menor proporción con el cáncer de pene, oral y anal, por lo que este aspecto debe fortalecerse en futuras intervenciones.

A pesar del incremento en el conocimiento del VPH, es importante reforzar algunos aspectos debido a que un gran número de participantes consideró que las infecciones por VPH siempre producirían problemas de salud lo cual es incorrecto; así mismo, es común encontrar que consideren que el VPH casi siempre se detecta a través

del Papanicolaou (Coles et al., 2014; Kwang et al., 2016). Es necesario hacer énfasis en que el Papanicolaou detecta células anormales en el cuello uterino provocado por el VPH, pero no detecta el tipo del VPH en sí (Asociación Americana de Cáncer, 2017), por lo que se deben realizar pruebas de detección específicas para VPH, que permiten identificar el tipo de virus, lo que ayudará a anticipar medidas para un tratamiento, sobre todo en caso de ser VPH de alto riesgo.

En relación al conocimiento de los derechos sexuales, se observó que tanto el grupo de intervención como control incrementaron el conocimiento, esto pudiera deberse a que es posible que los participantes del grupo control hayan tenido acceso a otras fuentes de información. Adinew et al. (2013), refieren que el conocimiento suele ser bajo en estudiantes universitarios, condición contraria a lo observado en los participantes de ambos grupos del presente estudio. Posterior a la intervención donde los participantes recibieron información a través de videos y lectura de folletos y discusión de los contenidos, los participantes incrementaron ligeramente el conocimiento de los derechos sexuales, esto coincide con estudios previos (Kim et al., 2015; Rohrbach et al., 2015). Este dato sugiere que los adolescentes poseen información que les permitirá disfrutar de su sexualidad con libertad, igualdad y equidad; así mismo, llevar a cabo acciones para el cuidado de su salud sexual y reproductiva basada en conocimiento científico.

En este sentido Rohrbach et al. (2015) mencionan que los adolescentes que tienen mayor conocimiento de sus derechos sexuales tienden a buscar atención para la salud sexual y efectúan conductas para disminuir el riesgo de ITS o embarazos no deseados como llevar consigo un condón. Además, contribuye a desarrollar la autoeficacia para el manejo de situaciones de riesgo sexual y mejorar la comunicación sexual con la pareja (Constantine et al., 2015), aspectos que se consideran esenciales para el cambio de conducta.

En relación a la hipótesis que planteaba que los adolescentes que pertenecen al grupo de intervención al finalizar la intervención y en el seguimiento incrementarían significativamente la autoeficacia para el uso del condón y la autoeficacia para mantener una pareja estable, se encontró respecto a la autoeficacia para el uso del condón que existe diferencia entre grupos y tiempo de medición. En el grupo de intervención la autoeficacia en la segunda medición y en el seguimiento se incrementaron a diferencia del grupo control donde las medias se mantienen muy similares durante los tiempos de medición. Esto sugiere que los adolescentes del grupo de intervención se percibieron con mayor confianza y habilidades para el uso del condón y negociar su uso después de la intervención y en el seguimiento.

La autoeficacia es un componente que se ha incluido en diversas intervenciones dirigidas a disminuir conductas de riesgo para el desarrollo de diferentes ITS (Wingood et al., 2013) debido a que se ha documentado que es un fuerte predictor del cambio de conducta, entre los cuales se menciona el uso de condón (Grace-Leith & Shneyderman, 2016; Alvarez, Villaruel, Zhou & Gallegos, 2010). En este sentido diversas intervenciones a través de sesiones educativas, imágenes proyectadas por computadora (Kudo, 2013) y uso de videos (Downs et al., 2017) han sido efectivas en incrementar el uso del condón.

Cabe señalar que los participantes de este estudio no utilizaron el condón de manera consistente en los últimos tres meses. Sin embargo, se identificó que conforme se aumenta la autoeficacia para el uso del condón también se incrementa el uso. Es pertinente fortalecer la autoeficacia en los adolescentes como una medida protectora para VPH debido a que los adolescentes que se perciben autoeficaces para el uso del condón con mayor frecuencia lo usan (Alvarez et al., 2010).

En relación a la autoeficacia para mantener una pareja estable no se encontró diferencia significativa entre los grupos, ni por tiempo. Esto pudiera atribuirse a que un porcentaje bajo de los participantes contaba con una pareja, además los participantes de

ambos grupos en los últimos tres meses reportaron tener solo una pareja. Dato contrario a lo reportado en estudio previo donde se observa que tienen tres parejas sexuales (Chilisa et al., 2016). Así mismo, esto pudiera deberse a que los adolescentes poco consideran tener una pareja debido a que tener una pareja estable la consideran para formar una familia o casarse. Por lo que sería pertinente llevar a cabo un seguimiento más prolongado que permita medir el efecto de la intervención a largo plazo en esta variable.

Se ha documentado que la autoeficacia o el control conductual permite desarrollar la intención para tener una sola pareja y predecir que los adolescentes practiquen la monogamia (Chilisa et al., 2016). Reddy et al. (2011), mencionan que quienes confían en que pueden tener solo una pareja son más motivados a reducir el número de parejas que quienes no confían. Aspecto que se considera importante para disminuir el riesgo de infección por VPH. Sin embargo, hasta el momento no se han encontrado intervenciones que de manera directa permitan fortalecer la autoeficacia para mantener una pareja estable en adolescentes, por lo que se considera importante incluir estrategias para fortalecer la autoeficacia para mantener una pareja estable debido a que la autoeficacia como se mencionó previamente es predictor importante en la reducción de comportamientos de riesgo para las ITS.

Respecto a la hipótesis que planteaba que los participantes del grupo de intervención incrementarían la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y mantener una pareja estable, se encontró que la intención de implementar el plan de acción para el uso del condón, no mostró diferencia significativa entre los grupos. Este hallazgo pudiera atribuirse a que los puntajes obtenidos en la primera medición de los grupos fueron muy similares. Sin embargo, existe diferencia significativa en los diferentes tiempos de medición. Esto concuerda con Nydegger, Amanda, Hood, Siegel y Stacy, (2013), quienes a través de una intervención breve

lograron que los participantes tuvieran una fuerte intención de implementar el uso del condón.

Se encontró que los participantes tienen intención de usar el condón durante los próximos tres meses. El que los participantes manifiesten tener una intención para el uso del condón se considera relevante debido a que como lo establece la TCP, la intención se considera como fase inicial en el establecimiento de objetivos y contribuye para poder alcanzarlos (Ajzen, 1991). Además, la intención se ha asociado con el uso del condón en diversos estudios (Ebrahim, Davis & Tomaka, 2016; Espada, Morales, Guillén-Riquelme, Ballester & Orgilés, 2016). Sin embargo, Van Empelen y Kok (2008) refieren que tener una intención positiva para usar el condón no necesariamente lleva al adolescente a tener un plan de acción para comprar y llevar condones, conductas que se consideran esenciales para su uso.

Aunque los adolescentes perciben tener un plan de acción para el uso del condón, se identificó que carecen de elementos para poder llevar a cabo las conductas anticipadas para su uso (adquirir, llevar y negociar), principalmente para la negociación y el uso, hallazgo similar a lo reportado por De Vet et al. (2011). Esto puede explicar la inconsistencia en el uso del condón por parte de los adolescentes en el estudio. Nydegger et al. (2017), refieren que tener la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón permite que su uso sea consistente en un periodo de tiempo prolongado. Es relevante que los adolescentes desarrollen habilidades para negociar el uso del condón a través de estrategias de negociación para el uso del condón debido a que existe evidencia que aquellos adolescentes que las emplean con mayor frecuencia lo usan (Holland & French, 2012; Tschann, Flores, De Groat, Deardorff & Wibbelsman, 2010).

En este mismo sentido, es necesario fortalecer la conducta anticipada para el uso del condón puesto que fue la que mostró menor cumplimiento, esto concuerda con la evidencia reportada en la literatura (De Vet et al., 2011) respecto a que los adolescentes desconocen cuándo deben colocarse el condón y la manera correcta en que se debe de

colocar (Cumber & Tsoka-Gwegweni, 2016). Los participantes al explicar cómo se usa el condón fue común que mencionaran “como se debe” y que lo usarían “al tener sexo”. Esta información se considera insuficiente debido a que no refleja si la manera en cómo lo usan es la correcta y el momento preciso en que se debe colocar. La planeación para el uso del condón permite que se recuerden los pasos a seguir para su colocación, así como las posibles dificultades que pudieran presentarse al momento de usarlo y que el preciso momento de colocarlo es antes de tener contacto con genitales de su pareja, debido a que algunas ITS son transmitidas contacto piel a piel.

A diferencia del estudio realizado por De Vet et al. (2011) en el presente estudio gran parte de los participantes mostraron un plan completo para adquirir un condón. Los adolescentes señalaron que lo comprarían cuando pensarán que lo necesitarían. Sin embargo, es necesario que el adolescente tenga presente los diferentes escenarios de cuándo sería el momento de adquirirlo o las situaciones en que debería de adquirirlo. Si bien, anticipar cuando lo pueden necesitar es adecuado, es recomendable reflexionar acerca de las diferentes situaciones que se le pueden presentar en las que pudiera requerir usar el condón y en caso de no tenerlo disponible se incrementa el riesgo de adquirir una ITS o un embarazo no planeado.

Se ha documentado que los jóvenes regularmente no llevan consigo un condón, sino que los guardan en el armario de su cuarto o cajón de ropa, únicamente lo llevan consigo cuando saben que pueden tener un encuentro sexual (Gebhardt, Van Empelen & Van Beurden, 2009). Es importante que el adolescente lleve consigo un condón independientemente si tiene pensado tener un encuentro sexual o no, debido a que muchas de las relaciones sexuales no son planeadas. Además, es necesario que conozca la forma adecuada de llevarlo consigo, debido a que fue común que mencionaran que llevarían consigo el condón en la cartera o guantera del carro, condiciones que son contraindicadas ya que lo exponen al calor y fricción, lo cual lo pueden dañar (CDC, 2016).

En cuanto a la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable, se identificó que el incremento en la intención de implementar el plan no fue significativo entre los grupos; sin embargo, en los diferentes momentos de mediciones se observó un incremento significativo en la segunda medición en el grupo de intervención. Esto pudiera atribuirse a que la mayoría de los participantes tiene un tipo de pareja estable, así mismo, la mayoría de los participantes vive con ambos padres lo cual se ha documentado que influye en que los adolescentes tengan menor número de parejas sexuales y tengan la intención de tener una sola pareja (Pilgrim et al., 2015) esto por considerar las normas culturales que los padres establecen (Chilisa et al., 2016).

En relación a la hipótesis que planteaba que la conducta sexual protectora para VPH en el grupo de intervención incrementaría al terminar la intervención comparada con los del grupo control, se observó que no existió diferencia significativa entre los grupos. No obstante, se identificó que las mediciones llevadas a cabo en diferentes tiempos fueron significativas en el grupo de intervención. Intervenciones previas han mostrado ser efectivos en disminuir las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes, así como para que los adolescentes usen el condón (Morales, Espada & Orgiles, 2015; Oliveira et al., 2017), así mismo, han reducido el número de parejas sexuales (Jemmott, 2012); sin embargo, otras han sido menos efectivas en disminuir el número de parejas sexuales (Morales et al., 2015).

En relación al objetivo específico que planteaba identificar si la conducta sexual previa y la norma subjetiva para la conducta sexual protectora para VPH se relacionaba con la conducta sexual protectora para VPH, se identificó que el uso de condón no se relacionó con la conducta sexual protectora para VPH, este resultado difiere con otro estudio (Heeren et al., 2014). Además, se encontró que los participantes que tenían menor número de parejas sexuales tuvieron mejor conducta sexual protectora para VPH, esto concuerda con lo que se ha documentado previamente, donde se menciona que los

adolescentes que han tenido una pareja estable usan el condón de forma consistente (Bearinger et al., 2011).

En relación a la norma subjetiva no se encontró que se relacionara con la conducta sexual protectora para VPH. Esto hace pensar que los adolescentes no consideran que los amigos o personas cercanas a ellos puedan influir en que lleven a cabo medidas de protección. Sin embargo, la literatura refiere que los amigos del adolescente influyen en el comportamiento sexual (Suleiman & Deardorff, 2015), así mismo, refiere que la norma subjetiva es una determinante en la intención para el uso del condón (Alvarez et al., 2010); sin embargo, no predice que sea consistente (Prati et al., 2014). Es importante considerar en las intervenciones la norma subjetiva para enfatizar a los adolescentes que el control de sus actos sexuales solo les corresponde a ellos.

En cuanto a la factibilidad para llevar a cabo la intervención educativa para incrementar la conducta protectora para VPH se tomaron en cuenta aspectos relacionados con la retención de los participantes, el reclutamiento, la satisfacción con la intervención por parte de los adolescentes, disposición de adolescentes e institución educativa, fidelidad y componentes de la intervención.

La retención de los participantes fue buena y la satisfacción de los participantes con la intervención fue alta, esto coincide con intervenciones llevadas a cabo en ámbitos escolares con adolescentes (Stallard & Buck, 2013) y centros de salud (Larson, Ballard, Nuncio & Swanson, 2014). Cabe señalar que otras intervenciones presentan una tasa de retención baja debido a que se contó con gran número de sesiones y seguimiento prolongado (Stallard & Buck, 2013). En el presente estudio solo se realizó un seguimiento corto por lo que se desconoce la sostenibilidad a largo plazo.

El obtener el consentimiento informado de los padres de familia fue un proceso tardado para lo cual fue necesario contactar a los adolescentes hasta tres ocasiones para obtener el formato de consentimiento informado, por lo que es necesario tener estrategias que permitan que este proceso sea más rápido y obtener mayor respuesta.

Estudios que han entregado incentivos a los participantes por entregar el consentimiento informado lo han obtenido con mayor rapidez y logran menor olvido de los participantes para entregarlo en la fecha indicada (Forster et al., 2017).

Se ha observado que los adolescentes suelen tener poca receptividad para participar en intervenciones o programas de salud en el ámbito escolar por considerar que pueden perturbar las actividades académicas (Bussing et al., 2016). Lo cual puede explicar la baja aceptación a participar en el estudio, aún teniendo el consentimiento de los padres, en algunos casos. Además, esto pudiera también atribuirse al temor de ser evidenciados como que son sexualmente activos y ser estigmatizados. Autores como Miller, Yahne y Tonigan (2003) mencionan que generar confianza en los adolescentes es un elemento importante para que las intervenciones sean efectivas y sostenibles en un entorno escolar, además que permite obtener datos honestos y favorece su participación.

La fidelidad de la intervención se considera adecuada, ya que los contenidos claves se dieron a conocer a los participantes; sin embargo, fue necesario modificar algunas de las actividades o disminuir el tiempo; este aspecto se ha observado en otras intervenciones que han mostrado ser efectivas (Larson et al., 2014). Ajustar el tiempo programado para las sesiones de la intervención, se puede considerar un aspecto común en las intervenciones de salud llevadas a cabo en centros educativos (Curtis, McLellan & Gabellini, 2014) debido a que los tiempos programados para exámenes, actividades académicas y cierres de final de ciclo escolar restringen la planeación de la intervención. Estudios previos coinciden con que una de las principales barreras para implementar intervenciones en ámbito escolar es el tiempo y realizar gestiones dentro de la institución educativa (Reznik, Wylie-Rosett, Kim & Ozuah, 2015).

Debido a que el desarrollo de esta intervención se sitúa dentro de las primeras fases del desarrollo de intervenciones conductuales, ha sido posible identificar diferentes dificultades como lo fue en el reclutamiento del participante y ajuste de tiempo de las

sesiones, lo cual debe de contemplarse para refinar la metodología para probar su eficacia en diferentes contextos.

Limitaciones del estudio

La dificultad principal del este estudio se atribuye al contexto escolar en el que se desarrolló el estudio debido a que fue necesario ajustarse a los horarios institucionales y autorización de los docentes para que el adolescente acudiera a la sesión. El tiempo de llenado de los instrumentos osciló entre 30 a 40 minutos, por lo que también puede considerarse una limitación de acuerdo a las características de los adolescentes, resultó cansado sobre todo para los participantes del grupo control, esto puede atribuirse a la menor interacción con ellos y generalmente antepusieron sus actividades académicas posponiendo el llenado de los instrumentos.

Aunado a esto, se observó que aún existen prejuicios para hablar sobre temas relacionados con la sexualidad, lo que generó que los adolescentes disminuyeran su participación o rechazaran participar; aun contando con el consentimiento firmado de sus papás, mencionando que no les gustaba hablar sobre este tema. Además, se observó que existe temor a que se les identifique que han iniciado vida sexual por lo que fue necesario incluir algunos adolescentes que no habían iniciado vida sexual activa para evitar que se sintieran evidenciados.

Conclusión

Con base a los resultados obtenidos se observó que los participantes del grupo de intervención posterior a ella incrementaron el conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer, la autoeficacia para el uso del condón, la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón y la conducta sexual protectora para VPH, cabe señalar que todas estas se mantuvieron durante el seguimiento.

El conocimiento de los derechos sexuales y la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable aumentó en ambos grupos, cabe señalar que el grupo de intervención mostró mayor conocimiento de los derechos sexuales que el

control. La autoeficacia para mantener una pareja estable no mostró diferencia significativa entre los grupos, ni en los diferentes tiempos de medición.

Con respecto a la factibilidad para implementar la intervención educativa para incrementar una conducta protectora para VPH, la tasa de retención fue alta, así como la satisfacción de los participantes con la intervención. La participación de los adolescentes se condicionó de acuerdo a la carga académica y autorización de docentes. Se realizaron ajustes a los componentes de la intervención para poder implementarla en el ámbito escolar.

Recomendaciones

Se considera importante replicar esta intervención tanto en adolescentes que han iniciado vida sexual como en aquellos que no han iniciado, de esta forma los adolescentes al tener sus primeras experiencias sexuales disminuirán el riesgo de infectarse con VPH. Así mismo, se empoderarán para llevar a cabo medidas protectoras para VPH y desarrollarán consciencia de la vinculación del VPH con cáncer. Es necesario incluir como parte de la conducta protectora para VPH a la vacuna, debido a que es considerada como la principal medida de prevención, por lo que se considera importante educar a los padres sobre la importancia de esta en la prevención del VPH y CaCU.

Se considera pertinente incluir personal de enfermería que labora en las instituciones educativas como facilitador para la fase de transferencia, debido a que pueden tener mayor empatía con el adolescente y pueden generar mayor confianza para abordar temas de sexualidad, lo cual podría beneficiar en la participación de adolescentes en temas de prevención de ITS.

En el desarrollo de futuras intervenciones es pertinente incluir el conocimiento sobre el VPH y su relación con el CaCU, al igual que el conocimiento de los derechos sexuales, la autoeficacia para el uso del condón y la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón por ser variables que de acuerdo a la literatura son

predictoras de una conducta sexual segura. Se recomienda realizar seguimiento a los seis meses para valorar la autoeficacia para mantener una pareja estable, debido a que esta variable no pudo ser suficientemente explicada en este estudio por el promedio de parejas reportado por los participantes.

Se sugiere utilizar instrumentos de medición que sean cortos y considerar otro instrumento para medir conocimiento de derechos sexuales, debido a que se observó que los participantes tendían a estar de acuerdo, por la manera en que están planteadas las preguntas. Además, es importante incluir otros tipos de tecnologías como es el uso de redes sociales o mensajes de texto como herramientas educativas que permitan reforzar contenidos vistos durante sesiones grupales.

Referencias

- Adinew, Y. M., Worku, A. G., & Mengesha, Z. B. (2013). Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution-based cross-sectional. *BMC International Health and Human Rights*, 13(12).
<http://doi.org/10.1186/1472-698X-13-12>
- Ajzen, E. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., & Joyce, N. M. (2011). Knowledge and the prediction of behavior: the role of information accuracy in the theory of planned behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 101-117. doi: 10.1080/01973533.2011.568834
- Alvarez, C., Villarruel, A., Zhou, Y., & Gallegos, E. (2010). Predictors of condom use among Mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24, 187–196. doi:10.1891/1541-6577.24.3.187
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal Health Studies*, 30(1), 43-50.
- Asociación Americana de Cáncer. (2017). *El VPH y las pruebas de VPH*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/vph/vph-y-pruebas-para-vph.html>
- Asociación Americana de Cáncer. (2017). *VPH y cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/vph/vph-y-cancer.html>
- Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>

- Ayhan, G., Martin, L., Levy-Loeb, M., Thomas, S., Euzet, G., Van Melle, A... Nacher, M. (2015). Prevalence and risk factors of early onset of sexual intercourse in a random sample of a multiethnic adolescent population in French Guiana, *AIDS Care*, 27(8), 1025-1030. doi:10.1080/09540121.2015.1020282
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82.
- Bandura, A. (1995). Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Desclée Brouwer:España.
- Bandura, A. (2010). *Self-efficacy*. En The Corsini Encyclopedia of Psychology (4th Ed. pp. 1534-1536). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Beadnell, B., Baker, S. A., Gillmore, M. R., Morrison, D. M., Huang, B., & Stielstra, S. (2008). The theory of reasoned action and the role of external factors on heterosexual men's monogamy and condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(1), 97-134.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Duke, N. N., McMorris, B. J., Stoddard, S., & Pettingell, S. L. (2011). Adolescent Condom Use Consistency over Time: Global Versus Partner-Specific Measures. *Nursing Research*, 60(3 Suppl), 68-78. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318217145c>
- Bonafide, K., & Vanable, P. (2015). Male human papillomavirus vaccine acceptance is enhanced by a brief intervention that emphasizes both male-specific vaccine benefits and altruistic motives. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(2), 76-80.
- Brafford, L. M. A., & Beck, K. H. (1991): Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39(5), 219-225. doi: 10.1080/07448481.1991.9936238
- Bruni, L., Diaz, M., Barrionuevo-Rosas, L., Herrero, R., Bray, F., Bosch, F. X., De Sanjosé, S., & Castellsagué, X. (2016). Global estimates of human

- papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Global Health*, 4(7), 453-463. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30099-7
- Bruni, L., Diaz, M., Castellsagué, X., Ferrer, E., Bosch, X., & De Sanjosé, S. (2010). Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. HPV in woman with normal cytology. *The Journal of Infectious Diseases*, 202(12), 1789-1799. doi: 10.1086/657321
- Bumbuliene, Z., & Alisaukas, J. (2012). Sexual behavior an high-risk human papillomavirus in 15 to 22 year-old Lithuanian women. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 91, 511-513. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01334.x
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Gagnon, J. C., Mason, D. M., Ellison, A., Noguchi, K., ... & Albarracin, D. (2016). Feasibility of school-based ADHD interventions: A mixed-methods study of perceptions of adolescents and adults. *Journal of attention disorders*, 20(5), 400-413.
- Bustamante-Ramos, G. M., Martínez-Sánchez, A., Tenahua-Quitl, I., Jiménez, C., & López-Mendoza, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 369-376. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500007&lng=es&tlng=es
- Calderón-Garcidueñas, A. L., Flores-Peña, Y., De León-Leal, S., Vázquez-Marínez, C. A., Farías-Calderón, A. G., Melo-Santiesteban, G., & Elizondo-Zapién, R. M. (2015). An educational strategy for improving knowledge about breast and cervical cancer prevention among Mexican middle school students. *Preventive Medicine Reports*, 2, 250-254.

- Castellsagué, X., Paavonen, J., Jaisamrarn, U., Wheeler, C. M., Skinner, S. R., Lehtinen, M., ... for the HPV PATRICIA Study Group. (2014). Risk of first cervical HPV infection and pre-cancerous lesions after onset of sexual activity: analysis of women in the control arm of the randomized, controlled PATRICIA trial. *BMC Infectious Diseases*, 14, 551. <http://doi.org/10.1186/s12879-014-0551-y>
- Center for Disease Control and Prevention (2015). *Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Reported STDs in the United States*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/STD-Trends-508.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Human papillomavirus. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html>
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). *Estadísticas sobre el cáncer asociado al VPH*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/index.htm>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2016). *Uso del condón masculino*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/male-condom-use.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2017). *Enfermedades de transmisión sexual. Hojas informativas*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/spanish/hojas-informativas.htm>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2017). *Prueba del VIH*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/testing.html>

- Champion, J. D. (2016). *Project image: an intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescent women*. Advancing Science Reducing Risk Improving Lives.
- Chilisa, B., Mohiemang, I., Mpeti, K. N., Malinga, T., Ntshwarang, P., Koyabe, B. W., & Heeren, G. A. (2016). Contextualized theory-based predictors of intention to practice monogamy among adolescents in Botswana junior secondary schools: Results of focus group sessions and a cross-sectional study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(6), 533–540.
<http://doi.org/10.1080/10911359.2015.1114820>
- Ching-Yi, L., Wei-Wen, W., Shao-Yu, T., Su-Fen, Ch., Duan-Dhia, L., & Shu-Yuan, L. (2015). The effectiveness of a Facebook-assited teaching method on knowledge and attitudes about cervical cancer prevention and HVP vaccination intention among female adolescent students in Taiwan. *Health Education & Behavior* 42(3), 352-360. doi: 10.1177/1090198114558591
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coles, V. A. H., Patel, A. S., Allen, F. L., Keeping, S. T., & Carroll, S. M. (2014). The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. *International Journal of STD & AIDS*, 1-12. doi: 10.1177/0956462414554629
- Constantine, N. A., Jerman, P., Berglas, N. F., Angulo-Olaiz, F., Chou, C. P., & Rohrbach, L. A. (2015). Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health*, 15(293). doi:10.1186/s12889-015-1625-5

- Contreras-González, R. Magaly-Santana, A. Jiménez-Torres, E., Gallegos-torres, R., Xequé-Morales, Á., Palomé-Vega, G...Perea-Oríz, G. (2017). Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enfermería Universitaria* 14(2), 104-110. doi:<https://doi.org/org/10.1016/j.reu.2017.01.002>.
- Cumber, S. N., & Tsoka-Gwegweni, J. M. (2016). Knowledge and practice of condom use as well as perceived barriers among street adolescents in Cameroon. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 17(1), 479. <http://doi.org/10.4102/sajhivmed.v17i1.479>
- Curtis, B.L., McLellan, A.T., & Gabellini, B.N. (2014). Translating SBIRT to public school settings: an initial test of feasibility. *Journal of substance abuse treatment*, 46 1, 15-21.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2016). Systematic review and meta-analysis of interventions to improve access and coverage of adolescent immunizations. *Journal of Adolescent Health* 59(4), 40-48.
- De Sanjose, S., Quint, W. G. V. Alemany, L., Geraets, D., Klaustermeier, H. E., Lloveras, B.,...Bosch, F. X. (2010). Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncologic* 11, 1048-1056. doi:10.1016/S1470- 2045(10)70230-8
- De Vet, E., Gehardt, W. A., Sinnige, J., Van Puffelen, A., Van Lettow, B., & De Wit, J. B. F. (2011). Implementation intentions for buying, carrying discussing and using condoms: the role of the quality of plans. *Health Education Research*, 26(3), 443-455.
- Dilorio, C. (2009). *Safe sex behavior questionnaire*. En . Handbook of Sexuality-Related Measures, edited by Clive M. Davis et al., Taylor and Francis, 2013.

- Downs, J. S. Ashcraft, A. M., Murray, P. J., Berlan, E. D., Bruine, D. W., Eichner, J.,...
 Sucato, G. S. (2017). Video Intervention to Increase Perceived Self-Efficacy for
 Condom Use in a Randomized Controlled Trial of Female *Adolescents Journal
 Pediatric Adolescence and Gynecology*, 1-8.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: improving the linkage from
 theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
<https://doi.org/10.1177/089431849100400209>
- Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2016). Attitude as a Mediator between
 Acculturation and Behavioral Intention. *Public Health Nursing*, 33(6), 558-564.
- Eggers, S. M., Leif, E. A., Bos, A. E. R., Mathews, C., Kaaya, S. F., Onya, H., & De
 Vries, H. (2016). Sociocognitive predictors of condom use and intentions among
 adolescents in three sub-saharan sites. *Archive Sexual Behavior*, 45, 353-365.
 doi: 10.1007/s10508-015-0525-1
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M., & Fothermringham, N. (2000). n'Query Advisor
 Program, version 4.0
- Espada, J. P., Morales, A., Guillén-Riquelme, A., Ballester, R., & Orgilés, M. (2016).
 Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models
 using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(35), 1-
 10. doi: 10.1186/s12889-016-2702-0
- Exavery, A., Lutambi, A. M., Mubyazi, G. M., Kweka, K., Mbaruku, G., & Masanja, H.
 (2011). Multiple sexual partners and condom use among 10 - 19 year-olds in four
 districts in Tanzania: What do we learn? *BMC Public Health*, 11, 490.
<http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-490>
- Federación Internacional de Planificación Familiar. (2011). *¡Exclamar! Guía de jóvenes
 sobre los derechos sexuales: una declaración de IPPF* [Exclaim! Young
 people's guide to sexual rights: an IPPF declaration]. Recuperado de
http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_exclaim_lores.pdf

- Fernandez, M. E., McCurdy, S. A., Arvey, S. R., Tyson, S. K., Morales-Campos, D., Flores, B., ... Sanderson, M. (2009). HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border. *Ethnicity & Health, 14*(6), 607–624. <http://doi.org/10.1080/13557850903248621>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Foluso, A. G., & Odu, B. K. (2010). Effect of sexuality education on the improvement of health status of young people in the university of Ado-Ekiti, Nigeria. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1009-1016. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.227
- Forster, A. S., Cornelius, V., Rockliffe, L., Marlow, L. A., Bedford, H., & Waller, J. (2017). A cluster randomised feasibility study of an adolescent incentive intervention to increase uptake of HPV vaccination. *British journal of cancer, 117*(8), 1121.
- 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.
- Gebhardt, W. A., Van Empelen, P., & Van Beurden, D.V. (2009). Predicting preparatory behaviours for condom use in female undergraduate students: a one-year follow-up study. *International Journal of STD & AIDS, 20*, 161-164. doi: 10.1258/ijsa.2008.008233.
- Giuliano, A. R., Lee, J.-H., Fulp, W., Villa, L. L., Lazcano, E., Papenfuss, M. R., ... Smith, D. (2011). Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. *Lancet, 377*(9769), 932–940. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62342-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62342-2)
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology, 38*, 69-119.

- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Oettingen, G. (2011). Planning promotes goal striving. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (2nd Edition). New York: Guilford.
- Grace-Leitch, L., & Shneyderman, Y. (2016). Using the Health Belief Model to Examine the Link between HPV Knowledge and Self-Efficacy for Preventive Behaviors of Male Students at a Two-Year College in New York City, *Behavioral Medicine, 42*(3), 205-210. doi: 10.1080/08964289.2015.1121131
- Grove, S., Burns, N., & Gray J. (2013). *Selecting a quantitative research design* (p. 213). In *The practice of nursing research* (7 ed). Elsevier Health Sciences.
- Halpern-Felsher, B. L., Cornell, J. L., Kropp, R. Y., & Tschann, J. M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics, 115*, 845–851. doi:10.1542/ peds.2004-2108
- Hariri, S, & Warner, L. (2013) Condom use and human papillomavirus in men. *Journal Infection Disease, 208*(3), 367-369. doi: 10.1093/infdis/jit193.
- Haugsdal, M., L., & Ryan, G. L. (2015). HPV and cervical dysplasia in adolescents: a progressive march toward prevention. *Journal Pediatric Adolescent Gynecology, 28*, 127-131.
- Heeren, G. A., Mandeya, A., Jemmott, J. B., Chiruka, R. T., Marange, C. S., Batidzirai, J. M., ... Hsu, J. (2014). Multiple partners and condom use among Students at a South African University. *Journal of Evidence-Based Social Work, 11*(5), 437–444. <http://doi.org/10.1080/15433714.2012.759468>
- Hernández, M. R., Rodríguez, V. M., Parra, J., & Velázquez, P. P. (2014). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la enseñanza-aprendizaje de la química orgánica a través de imágenes, juegos y videos. *Formación Universitaria, 7*(1), 31-40.

- Herrera-Ortiz, A., Arriaga-Demeza, R., Conde-González, J., & Sánchez-Alemán, M. A. (2013). Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano, y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. *Gaceta Médica de México*, *149*, 16-26.
- Holland, K. J., & French, S. E. (2012). Condom negotiation strategy use and effectiveness among college students. *Journal of sex research*, *49*(5), 443-453.
- Instituto Nacional de Cáncer en el Instituto Nacional de Salud. (2016). *Vacunas del virus del papilloma humano*. [Human papillomavirus (PHV) vaccines]. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2014). *Encuesta nacional de la dinámica demográfica*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jemmott III, J. B. (2012). The reasoned action approach in HIV risk-reduction strategies for adolescents. *The annals of the American academy of political and social science*, *640*(1), 150-172.
- Katz, M., Oldach, B. R., Goodwin, J., Reiter, P. L., Ruffin, M. T., & Paskett, E. D. (2014). Development and initial feedback about a human papillomavirus (HPV) vaccine comic book for adolescents. *Journal Cancer Education*, *29*(2), 318-324. doi:10.1007/s13187-013-0604-8
- Kepka, D., Warner, E. L., Kinney, A. Y, Spigarelli, M. G., & Mooney, K. (2014). Low human papillomavirus (HPV) vaccine knowledge among latinos parents in Utah. *Journal Immigrant Minority Health*, 1-7. doi: 10.1007/s10903-014-0003-1

- Kester, L. M., Shedd-Steele, R. B., Dotson-Roberts, A. C., Smith, J., & Zimet, G. D (2014). The effects of a brief educational intervention on human papillomavirus knowledge and intention to initiate HPV vaccination in 18–26 year old young adults. *Gynecologic Oncology*, *132*(1), S9-S12.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.12.033>
- Kim, H. W. (2015). Awareness of human papillomavirus and factors associated with intention to obtain HPV vaccination among Korean youth: quasi experimental study. *BMC International Health and Human Rights*, *15*, 4.
<http://doi.org/10.1186/s12914-015-0042-2>
- Kim, H. W., Im, E. S., & Kim, N. S. (2010). Development and application of sexual rights awareness scale for female adults. *Korean Journal Women Health Nursing*, *16*(1), 69-77.
- Kim, H. W., Park, S., Ahn, H. Y., & Park, E. J. (2015). The effects of an HPV education program by gender among Korean university students. *Nurse Education Today*, *35*(4), 562-567.
- Klein, H. (2014). Condom use self-efficacy and HIV risk practices among men who use the internet to find male partners for unprotected sex. *American Journal of Men's Health*, *8*(3), 190-204. doi:10.1177/1557988313492172
- Krawczyk, A., Lau, E., Perez, S, Delisle, V., Amsel, R., & Rosberger, Z. (2012). How to inform: Comparing written and video education interventions to increase human papillomavirus knowledge and vaccination intentions in young adults. *Journal of American College Health*, *60*(4), 316-322. doi: 10.1080/07448481.2011.615355
- Kudo, Y. (2013). Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the information-motivation-behavioral skills model. *Japan Journal of Nursing Science*, *10*, 24-40. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x

- Kuznetsov, A. , Müller, R. , Ruzicka, T. , Herzinger, T., & Kuznetsov, L. (2013), Knowledge of sexually transmitted HPV infection, genitoanal warts, cancer and their prevention among young females after vaccine introduction in Germany. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27, 1527-1534. doi:10.1111/jdv.12045
- Kwang, N. B., Mahayudin, T., Yien, H. L., Abdul Karim, A. K., Teik, C.K., & Shan, L.P. (2016). Effect of an educational intervention on knowledge of human papillomavirus vaccination among pre-university students in Malaysia. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 17(1), 267-274.
- Larson, K. L. Ballard, S.M. Nuncio, B. J., & Swanson, M. (2014). Testing the feasibility of !!Cuidate!! with mexican and central american youth in a rural region of a southern state. *Research in Nursing & Health*. 37(5), 409-422. doi: 10.1002/nur.21621
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., De Bruyn, G., & Darbes, L. (2015). Sexual communication self-efficacy, hegemonic masculine norms and condom use among heterosexual couples in South Africa. *AIDS Care* , 1-6.doi: 10.1080/09540121.2015.1080792
- Lee, A. M., Ho, M., Cheung, C. K. M., & Keung, V. M. W. (2015). Factors influencing adolescents girls decision in initiation for human papillomavirus vaccination: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 14(925), 1-13.
- Lefkowitz, E. S., Vasilenko, S. A., & Leavitt, C. E. (2016). Oral vs.vaginal sex experiences and consequences among first-year college students. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 329–337. doi:10.1007/s10508-015-0654-6
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, eds. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Routledge.

- Li, J., Kang, L., Li, B., Pang, Y., Huang, R., & Qiao, Y. (2015). Effect of a group educational intervention on rural Chinese women's knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines. *BMC Cancer*, *15*(691), 1-11.
- Manstead, A. S., & Eekelen, S. A. (1998). Distinguishing Between Perceived Behavioral Control and Self-Efficacy in the Domain of Academic Achievement Intentions and Behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, *28*, 1375-1392.
doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01682.x
- Marek, E., Dergez, T., Rebek-Nagy, G., Szilard, I., Kiss, I., Ember, I., ... & D'Cruz, G. (2012). Effect of an educational intervention on Hungarian adolescents' awareness, beliefs and attitudes on the prevention of cervical cancer. *Vaccine*, *30*(48), 6824-6832.
- Matheson, E., Derouin, A., Gagliano, M., Thompson, J., & Blood-Siegfried, J. (2014). Increasing HPV vaccination series completion rates via text message reminders. *Journal of Pediatric Health Care*, *28*(4), 35- 39.
doi:10.1016/j.pedhc.2013.09.001
- McLemore, M. R. (2006). Gardasil: Introducing the New Human papillomavirus vaccine. *Clinical Journal of Oncology Nursing* *10*(5), 559-560.
- Mehta, P., Sharma, M., & Lee, R. C. (2013). Designing and evaluating a health belief model based intervention to increase of VPH vaccination among college males. *Applied Research and Evaluation*, *34*(1), 101-117.
- Merzouk, M. D., Courtney, P., Garrett-Albaugh, S., Janoo, J., Hobbs, G., & Vernon, M. (2011). Knowledge of HPV in West Virginia high school health students and the effects of an educational tool. *Pediatrics Adolescent Gynecology* *24*(5), 278-281.
doi: 10.1016/j.jpag.2011.03.010

- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 754–763.
- Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2015). A 1-year follow-up evaluation of a sexual-health education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *The European Journal of Public Health, 26*(1), 35-41.
- Nagpal, J., Linares, L. O., Weiss, J., Schlecht, N. F. Shankar, V., Braun-Coruville, D., & Nucci-Sack, A. (2016). Knowledge about human papillomavirus and time to Complete vaccination among vulnerable female youth. *The Journal of Pediatrics 171*, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.12.070>
- Nesoff, E. D., Dunkle, K., & Lang, D. (2016). The impact of condom use negotiation self-efficacy and partnership patterns on consistent condom use among college-educated women. *Society of Public Health Education 43*(1), 61-67.
- Nydegger, L. A. Amanda, R. K., Hood, C., Siegel, J. T., & Stacy, A. (2013). Effects of a one-hour intervention on condom implementation intention among drug users in Southern California. *AIDS Care, 25*(12) 1586-1591.
doi:10.1080/09540121.2013.793271
- Nydegger, L. A., Ames, S. L., & Stacy, A. W. (2017). Predictive utility and measurement properties of the strength of implementation intentions scale (SIIS) for condom use. *Social Science & Medicine, 185*, 102-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.035.
- Oliveira, A. C. G. D. P. C, Caramelo, F., Patrício, M., Camarneiro, A. P., Cardoso, S. M., & Pita, J. R. (2017). Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(13), 71-82.

- Opong, A. K., Osafo, J., & Doku, P. N. (2016). The role of condom use self-efficacy on intended and actual condom use among university students in Ghana. *Journal Community Health, 41*, 97-104.
- Organización Internacional de Bachillerato. (2013). *Teoría del conocimiento* [Theory of knowledge]. Recuperado de [//ibpublishing.ibo.org/exist/rest/app/tsm.xql?doc=d_0_tok_gui_1304_1_e&part=2&chapter=1](http://ibpublishing.ibo.org/exist/rest/app/tsm.xql?doc=d_0_tok_gui_1304_1_e&part=2&chapter=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N° 10*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Vacunas contra los papilomavirus humanos: Documento de posición, octubre de 2014*. Recuperado de: http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HPV_Spanish_Oct_2014.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Proyecto de estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/GHSS_STI_SP_06012016.pdf
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Recuperado de http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf
- Pask, E. B., & Rawlins, S. T. (2016). Men's intentions to engage in behaviors to protect against human papillomavirus (HPV): Testing the risk perception attitude framework. *Health Communication, 31*(2), 139-149. doi: 10.1080/10410236.2014.940670

- Peasant, C., Parra, G. R., & Okwumabua, T. M. (2015). Condom negotiation: Findings and future directions. *Journal of Sex Research, 52*(4), 470-483.
- Perez, S., Tatar, O., Ostini, R., Shapiro, G. K., Waller, J., Zimet, G., & Rosberger, Z. (2016). Extending and validating a human papillomavirus (HPV) knowledge measure in a national sample of canadian parents of boys. *Preventive Medicine 91*, 43-49. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.07.017.
- Pilgrim, N. A., Ahmed, S., Gray, R. H., Sekasanvu, J., Lutalo, T., Nalugoda, F., ... Wawer, M. J. (2015). Multiple Sexual Partnerships among Female Adolescents in Rural Uganda: The effects of family structure and school attendance. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 27*(3), 319–328. <http://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0032>
- Prati, G. Mazzone, D., & Zani, B. (2014). Perceived behavioural control, subjective norms, attitudes and intention to use condom: A longitudinal cross-lagged design. *Psychology & Health, 29*(10), 1119-1136.
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México, 55*(1), 57-66.
- Rashid, S., Labani, S., & Das, B. C. (2016). Knowledge, Awareness and Attitude on HPV, HPV Vaccine and Cervical Cancer among the College Students in India. *PLoS ONE, 11*(11), e0166713. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0166713>
- Reddy, P., Nyembezi, A., Funani, I., Sifunda, S., Ruiter, R. A., & Van den Borne, B. (2011). The psychosocial determinants of the intention to reduce the number of sexual. *Journal of Health Psychology, 7*(5), 664-675.
- Repp, K. K., Nielson, C. M., Fu, R., Schafer, S., Lazcano-Ponce, E., Salmeron, J., . . . Giuliano, A. R. (2012). Male human papillomavirus prevalence and association with condom use in Brazil, Mexico, and the United States. *Journal of Infectious Diseases, 205*, 1287–1293. doi:10.1093/infdis/jis181

- Reznik, M., Wylie-Rosett, J., Kim, M., & Ozuah, P. O. (2015). A Classroom-Based Physical Activity Intervention for Urban Kindergarten and First-Grade Students: A Feasibility Study. *Childhood Obesity, 11*(3), 314–324.
<http://doi.org/10.1089/chi.2014.0090>
- Richards, G. E., & Neill, J. T. (2003). *Summaries of instruments. Participants Evaluation of Instructor and Program Quality (PEIPQ)*. Recuperado de <http://www.wilderdom.com/tools/ToolsSummaries.html>
- Richman, A. R., Maddy, L., Torres, E., & Goldberg, E. J. (2016). A randomized intervention study to evaluate whether electronic messaging can increase human papillomavirus vaccine completion and knowledge among college students. *Journal of American College Health, 64*(4), 269-278.
doi:10.1080/07448481.2015.1117466
- Rijsdijk, L. E., Bos, A. E. R., Lie, R., Ruiters, R. A. C., Leerlooijer, J. N., & Kok, G. (2012). Correlates of delayed sexual intercourse and condom use among adolescents in Uganda: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 12*(1), 817.
doi:10.1186/1471-2458-12-817
- Río-Ospina, L., Soto-De León, S. C., Camargo, Sánchez, R., Mancilla, C. L., Patarroyo, M. E., & Patarroyo M. A. (2016). The prevalence of High-Risk HPV types and factors determining infection in female Colombian adolescent. *Plos One 11*(11). e0166502. doi:10.1371/journal.pone.0166502
- Ritchwood, T. D., Ford, H., Decoster, J., Sutton, M., & Lochman, J. E. (2015). Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review, 52*, 74-88.
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., De Castro, F., González-Hernández, D., & De los Santos L. M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14 a 19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria, 30*(1), 24-30.

- Rohrbach, L. A., Berglas, N. F., Jerman, P., Angulo-Olaiz, F., Chou, C. P., & Constantine, N. A. (2015). A rights-based sexuality education curriculum for adolescents: 1-year outcomes from a cluster randomized trial. *Journal of Adolescent Health, 57*, 399–406. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.07.004
- Salazar, N. A. (2013). *Narcisism and paren-child communication effects on safe sex practices* (Tesis de maestría) Texas State University, Austin Texas.
- Salcedo, M. Pina-Sanchez, V. Vallejo-Ruiz, Monroy-García, A. Aguilar-Lemarroy, A. Cortes-Gutierrez, E. I...Grijalva, I. (2014). Human papillomavirus genotypes among females in Mexico: a study from the Mexican Institute for Social Security. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention, 15*(23), 10061-10066.
- Salud Pública de Canadá. (2015). *Una declaración del Comité Asesor (ACS) y el Comité Consultivo Nacional de Inmunización (NACI)*. [An Advisory Committee Statement (ACS) National Advisory Committee on Immunization (NACI)] Recuperado de http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/acs-dcc/2015/hpv-vph_0215-eng.php
- Sánchez-Alemán, M. A., Uribe-Salas, F., Lazcano-Ponce, E. C., Conde-Glez, C. J. (2011). Human papillomavirus incidence and risk factors among Mexican female college students. *Sexually Transmitted Diseases, 38*(4), 257-278. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181feae89
- Schweiger-Gallo, I., De Miguel, J., Rodríguez-Monter, M., Álvaro, J. L., & Gollwitzer, P. M. (2009). Efectos de las intenciones de implementación en las intervenciones sobre la salud. *Revista de Psicología Social, 24*(3) 413-426.
- Secretaría de Salud, CENETEC. (2015). *Infección por Virus de Papiloma Humano en la mujer. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería: México*: Recuperada de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, D. F.: Diario Oficial de la Federación*
Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (2006). *Guía para la aplicación de la prueba rápida*. Recuperado de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27271/guia_prueba_rapida.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de
http://salud.edomex.gob.mx/sem/paginageneral.html?pag_id=tp_vs_its
- Secretaría de Salud. (2017). *Programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud. Lineamientos generales 2017*. Recuperado de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170242/Lineamientos_PVU_y_SNS_2017__1_.pdf
- Shao, S. J., Nurse, C., Michel, L., Joseph, M. A., & Suss, A.L. (2015). Attitudes and perceptions of the human papillomavirus vaccine in Caribbean and African American adolescent boys and their parents. *Journal Pediatric Adolescent Gynecology*, 28, 373-377.
- Sharma, K., Khathait, A., Jain, A., Kujur, K., Raghuvanshi, S., Bhati, A. C.,...Das, B. C. (2015). Higher prevalence of human papillomavirus infection in adolescent and young adult girls belonging to different Indian tribes with varies socio-sexual lifestyle. *Plos One* 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125693>
- Sheinfeld, G. S. N., Glenn, B. A., & Perkins, R. B. (2011). The human papillomavirus (HPV) vaccine and cervical cancer: Uptake and next steps. *Advances in Therapy*, 28(8), 615-639. doi:10.1007/s12325-011-0045-x
- Spleen, A. M., Kluhsman, B. C., Clark, A. D., Dignan, M. B., & Lengerich, E. J. (2012). An increase in HPV-related Knowledge and vaccination intent among parental and non-parental caregivers of adolescent girls, age 9-17 years, in appalachian Pennsylvania. *Journal of Cancer Education*, 27(2), 312-319.

- Stallard, P., & Buck, R. (2013). Preventing depression and promoting resilience: feasibility study of a school-based cognitive-behavioural intervention. *The British Journal of Psychiatry*, *202*, 18-23. doi:10.1192/bjp.bp.112.119172
- Sudenga, S. L., Torres, B. N., Fulp, W. J., Silva, R., Villa, L. L., Lazcano-Ponce, E., . . . Giuliano, A. R. (2017). Country-specific HPV-related genital disease among men residing in Brazil, Mexico and the United States: The HIM study. *International Journal of Cancer*, *140*(2), 337-345. doi:10.1002/ijc.30452
- Suleiman, A. B., & Deardorff, J. (2015). Multiple dimensions of peer influence in adolescent romantic and sexual relationships: A descriptive, qualitative perspective. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(3), 765-775.
- Sweeney, J. B., McAnulty, R. D., Reeve, C., & Cann, A. (2015). An intervention for HPV risk reduction based on the Theory of Planned Behavior: an exploratory study with college-aged women. *American Journal of Sexuality Education*, *10*(3), 199-217. doi: 10.1080/15546128.2015.1049312
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed). Boston: Pearson.
- Tarkang, E. E. (2014). Perceived family support regarding condom use and condom use among secondary school female students in Limbe urban city of Cameroon. *BMC Public Health*, *14*(173), 2-14. doi:10.1186/1471-2458-14-173
- Tran, L. T.-H., Bui, T. C., Markham, C. M., Swartz, M. D., Tran, Q. M., Nyitray, A. G., . . . Hwang, L.-Y. (2016). Women's communication self-efficacy and expectations of primary male partners' cooperation in sexually transmitted infection treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *16*, 28. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-2690-0>
- Tschann, J. M., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *Journal of Adolescent Health*, *47*(3), 254-262.

- Tu, Y. C., Wang, H. H., Lin, Y. J., & Chan, T. F. (2015). HPV knowledge and factors associated with intention to use condoms for reducing HPV infection risk among adolescent women in Taiwan. *Women & Health, 55*, 187-202. doi: 10.1080/03630242.2014.979970
- Tung, W. C., Hu, J., Efir, J. T., Su, W., & Yu, L. (2013). HIV knowledge and condom intention among sexually abstinent Chinese students. *International Nursing Review, 60*(3), 366-373. doi:10.1111/inr.12039
- Turiho, A. K., Okello, E. S., Muhwezi, W. W., Harvey, S., Byakika-Kibwika, P., Meya, D., & Katahoire, A. R. (2014). Effect of School-based Human Papillomavirus (HPV) Vaccination on Adolescent Girls' Knowledge and Acceptability of the HPV Vaccine in Ibanda District in Uganda. *African Journal of Reproductive Health, 18*(4), 45–53.
- Unger, Z., Maitra, A., Kohn, J., Devaskar, S., Stern, L., & Patel, A. (2015). Knowledge of HPV and HPV vaccine among women ages 19 to 26. *Women's Health, 25*(5), 458-462.
- Urrutia, M. T., Concha, X., Riquelme, G., & Padilla, O. (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Revista Chilena Infectología, 29*(6), 600-606.
- Van Empelen, P., & Kok, G. (2008). Action-specific cognitions of planned and preparatory behaviors of condom use among dutch adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 37*(4), 626-640. doi: 10.1007/s10508-007-9286-9
- Villarruel, A.M., Jemmott, J.B. III, & 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

- Vogtmann, E., Harlow, S. D., Valdez, A. C., Valdez, J. C. C., & Ponce, E. L. (2011). HPV knowledge in Mexican college students: implications for intervention programmes. *Health & Social Care in the Community*, *19*(2), 148–157. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00954.x>
- Wiemann, C. M., Chacko, M. R., Kozinetz, C. A. DiClemente, R., Smith, P. B., Velasquez, M. M., & Sternberg, K. V. (2009). Correlates of Consistent Condom Use with Main-New and Main-Old Sexual Partners. *Journal of Adolescent Health*, *45*(3), 296-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.001>
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Robinson-Simpson, L., Lang, D. L., Caliendo, A., & Hardin, J. W. (2013). Efficacy of an HIV Intervention in Reducing High-Risk HPV, Non-viral STIs, and Concurrency among African-American Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *63*(1), 36-43. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182920031.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de preguntas filtro

Instrucción: Contesta lo que se pide.

Fecha: _____ Código del participante: _____

Semestre que cursas: _____ Grupo: _____

2. ¿Qué edad tienes? _____

3. ¿Cuál es tu género?

Mujer Hombre

4. Eres Soltero Casado Vivo con mi pareja

5. ¿Tienes hijos? Sí No

6. ¿Has recibido algún tipo de orientación o participado en algún programa relacionada con infecciones de transmisión sexual en el último año?

Sí No

7. ¿Dónde se te proporcionó la orientación o participaste en el programa?

En clases Centro de salud Otro especifique _____

No aplica

8. Si tu respuesta a la pregunta 6 fue afirmativa ¿Te dieron información sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Sí No No aplica

9. ¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual (VPH, gonorrea, clamidia o hongos, etc.)?

No Sí ¿Cuál? _____

10. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? Sí No

11. ¿De qué tipo?

Sexo vaginal Sexo oral Sexo anal No aplica

12. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? _____ No aplica

Apéndice B

Cédula de datos personales

Instrucciones: Contesta lo que se te pide en los espacios o marca con una X el cuadro que corresponda a tu respuesta.

Fecha: _____

Código del participante: _____

1. Semestre que cursas: _____ Grupo/Aula: _____

2. ¿Qué edad tienes? _____

3. ¿Cuál es tu género? Mujer Hombre

4. ¿Con quién vives?

Papá y mamá Solo mamá Solo papá Abuelos Otro

5. ¿Tienes novio (a) o pareja actualmente? Sí No

6. ¿Sabes que existe una vacuna para prevenir la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Sí No

7. ¿Te han aplicado alguna vez la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Sí No No sé

8. Si no te la han aplicado escribe ¿cuál fue la razón?

II) Conducta sexual

1. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? Sí No

2. ¿De qué tipo?

Sexo vaginal Sexo oral Sexo anal No aplica

3. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? _____

4. Número de veces en los últimos tres meses que has tenido relaciones sexuales _____

5. ¿En tu última relación sexual tu o tú pareja usaron condón? Sí No

6. En la última relación vaginal Sí No Relación sexual oral Sí No

Relación sexual anal Sí No

7. En los últimos tres meses ¿Cuál ha sido el número de veces que tu o tú pareja usaron condón?_____

8. En los últimos tres meses ¿Cuántas veces tu o tú pareja usaron condón?_____

9. Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales en toda tu vida_____

10. ¿Cuál es el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?_____

11. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?

1) Otra persona diferente a mi novio (a) o pareja actual 2) Solo con mi novio (a) o pareja actual 3) Con diferentes parejas

12. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?

1) Otra persona diferente a mi novio (a) o pareja actual 2) Solo con mi novio (a) o pareja actual 3) Con diferentes parejas

III) Norma subjetiva para una conducta sexual protectora para VPH

Instrucción: Subraya la respuesta que aplique a tu persona.

1. Te sientes presionado por tus amigos o alguna otra persona para usar un condón.

1) Totalmente en desacuerdo 2)En desacuerdo 3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4)De acuerdo 5)Totalmente de acuerdo

2. Te sientes presionado por tus amigos o alguna otra persona para NO usar un condón.

1) Totalmente en desacuerdo 2)En desacuerdo 3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4)De acuerdo 5)Totalmente de acuerdo

3. Te sientes presionado por tus amigos o alguna otra persona para limitar el número de parejas sexuales.

1) Totalmente en desacuerdo 2)En desacuerdo 3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4)De acuerdo 5)Totalmente de acuerdo

4. Te sientes presionado por tus amigos o alguna otra persona para tener varias parejas sexuales.

1) Totalmente en desacuerdo 2)En desacuerdo 3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4)De acuerdo 5)Totalmente de acuerdo

Apéndice C

Escala de conocimiento general y conocimiento de vacuna contra el VPH

(Perez et al., 2016)

Las siguientes preguntas están relacionadas con el conocimiento del Virus del Papiloma Humano (VPH).

Instrucción: Lee cuidadosamente y marca con una X el espacio de la respuesta que consideres adecuada.

Pregunta	Correcto 1	Incorrecto 2	No sé 3
1. El VPH puede transmitirse durante las relaciones sexuales.			
2. Tener muchas parejas sexuales (ya sea tú o tu pareja) aumenta el riesgo de contraer el VPH.			
3. El VPH puede causar cáncer cervical (matriz o cuello del útero).			
4. Los hombres no pueden contraer el VPH.			
5. El uso del condón protege en su totalidad la infección del VPH.			
6. Una persona podría tener VPH durante muchos años sin saberlo.			
7. El VPH es poco común.			
8. El VPH siempre presenta signos o síntomas visibles.			
9. Una persona sin síntomas de VPH no puede transmitir la infección por VPH.			
10. El VPH puede causar VIH / SIDA.			
11. El VPH se puede transmitir a través del sexo anal.			
12. Tener relaciones sexuales a una edad temprana (menor 16 años) aumenta el riesgo de contraer el VPH.			

Pregunta	Correcto 1	Incorrecto 2	No sé 3
13. El VPH se puede transmitir a través del contacto de la piel de los genitales de tu pareja con tu piel (o fajes sin penetración).			
14. El VPH puede causar verrugas genitales.			
15. El VPH se puede transmitir a través de sexo oral.			
16. El VPH puede curarse con antibióticos.			
17. Existen muchos tipos de VPH.			
18. El VPH puede causar cáncer de pene.			
19. El VPH puede causar cáncer oral.			
20. El VPH puede causar cáncer anal.			
21. El VPH es una infección causada por una bacteria.			
22. Las infecciones por VPH siempre producen problemas de salud.			
23. El VPH puede causar herpes.			
24. La mayoría de las personas sexualmente activas contraerán el VPH en algún momento de su vida.			
25. El VPH por lo general no necesita de ningún tratamiento.			
26. Existe una vacuna para prevenir infecciones del VPH.			
27. Cambios identificados en el examen ginecológico (Papanicolaou) podría indicar que una mujer tiene VPH.			

Pregunta	Correcto 1	Incorrecto 2	No sé 3
28. La fidelidad o monogamia reduce el riesgo de contagio de VPH.			
29. Si estoy vacunado contra el VPH no tengo riesgo de infectarme con ningún tipo de VPH.			
30. La mejor manera de prevenir el cáncer cervicouterino (matriz o cuello del útero) causado por el VPH es tener pruebas regulares del Papanicolaou.			
31. La prueba del Papanicolaou casi siempre detecta el VPH.			
32. Para confirmar el diagnóstico de VPH se requieren pruebas específicas de VPH.			
33. Si no tengo verrugas genitales yo no tengo VPH.			
34. Tener relaciones sexuales sin protección (no usar condón) aumenta el riesgo de contraer VPH.			

Apéndice D

Escala de conciencia de derechos sexuales

(Kim et al., 2010)

Las siguientes preguntas están relacionadas con tus derechos sexuales.

Instrucción: Señala con una X la opción con la que estés más de acuerdo.

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo 3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Pregunta	1	2	3	4
1. Tengo derecho a decidir tener hijos biológicos (propios no adoptados).				
2. Tengo derecho a recibir información sexual basada en el conocimiento científico.				
3. Tengo derecho a recibir orientación profesional (de médico, enfermera u otros) para asuntos relacionados con la salud sexual.				
4. Tengo derecho a recibir educación sexual integral a lo largo de toda mi vida.				
5. Si soy homosexual o heterosexual no debo ser discriminado sexualmente.				
6. Tengo derecho a no tener hijos.				
7. Si deseo masturbarme puedo hacerlo en privado y puede considerarse normal y saludable.				
8. Las personas que tienen alguna discapacidad física o mental tienen derecho a no ser discriminadas sexualmente.				
9. Todas las personas (niños, adolescentes, adultos y ancianos) tienen derecho a no ser discriminadas sexualmente.				

Pregunta	1	2	3	4
10. Tengo derecho a la comunicación o expresión sexual (abrazar, besar o tomar de la mano a mi novio o novia).				
11. Tengo derecho a disfrutar sexualmente (tener relaciones sexuales).				
12. Tengo derecho a ejercer la sexualidad sin que nadie me presione.				
13. Tengo derecho a no ser manipulado o explotado sexualmente.				
14. Tengo derecho a mantener la integridad de mi cuerpo.				
15. Tengo derecho a expresar mi identidad sexual como hombre o mujer acorde a mi preferencia sexual.				
16. Tengo libertad para ejercer la sexualidad en cualquier situación (mi género, edad, preferencia sexual, si se tiene alguna enfermedad o discapacidad).				
17. Tengo derecho a la protección de mi intimidad sexual.				

Apéndice E

Escala de autoeficacia para el uso del condón

(Brafford & Beck, 1991)

Las siguientes preguntas están relacionadas con la opinión que tienes sobre tu capacidad para usar el condón en diferentes situaciones. Las opciones de respuesta son: 0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = En desacuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo

Instrucción: Señala con una **X** lo que aplique a tu persona.

Autoeficacia para el uso del condón	0	1	2	3	4
1. Me siento seguro en mi habilidad para colocar un condón a mi o mi a pareja.					
2. Me siento seguro de que puedo comprar condones sin sentirme apenado.					
3. Me siento seguro de que puedo acordarme de llevar un condón conmigo si creo que lo voy a necesitar.					
4. Me siento seguro de mi capacidad para discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener.					
5. Me siento seguro de mi capacidad para sugerir el uso de condones con una nueva pareja.					
6. Me siento seguro de que podría sugerir el uso de un condón sin hacer sentir mal a mi pareja (que está enferma o infectada con alguna enfermedad).					
7. Me siento seguro de mi habilidad y la de mi pareja para mantener la erección (pene duro y elevado) mientras usamos un condón.					
8. Me sentiría avergonzado de poner un condón a mi o a mi pareja.					
9. Si tuviera que sugerir el uso de un condón a una pareja, yo me sentiría con miedo de que él o ella me rechace.					

Autoeficacia para el uso del condón	0	1	2	3	4
10. Si estuviera inseguro de la opinión de mi pareja sobre el uso del condón, yo no le sugeriría usarlo.					
11. Me siento seguro de mi habilidad para usar un condón correctamente.					
12. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener cualquier contacto sexual.					
13. Me siento seguro de mi capacidad de convencer a mi pareja para aceptar el uso de un condón cuando tenemos relaciones sexuales.					
14. Me siento seguro de que podría retirar cuidadosamente el condón y desecharlo después de la relación sexual.					
15. Si mi pareja y yo estuvimos tratando de usar un condón y no tuvimos éxito (por ejemplo, no ser capaz de desenrollar el condón o ponerlo al revés) me sentiría avergonzado de tratar de utilizar otro.					
16. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque me sentiría temeroso de que él o ella pudiera pensar que he tenido experiencias homosexuales.					
17. No me sentiría seguro de sugerir el uso de condones con una nueva pareja, porque él o ella podrían pensar que tengo una enfermedad de transmisión sexual.					
18. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque temería que él o ella pudiera pensar que yo creo que él o ella tiene una enfermedad de transmisión sexual.					
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja antes de tener relaciones sexuales.					
20. Me siento seguro de mi habilidad para poner un condón a mí mismo o a mi pareja durante las caricias antes de tener relaciones sexuales.					

Autoeficacia para el uso del condón	0	1	2	3	4
21. Me siento seguro de que podría utilizar un condón con mi pareja sin "romper la emoción del momento".					
22. Me siento seguro de mi habilidad de poner un condón a mí mismo o a mi pareja rápidamente.					
23. Me siento seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir las sensaciones sexuales (sentirme excitado).					
24. Estoy seguro de que podría recordar usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.					
25. Estoy seguro de que puedo recordar usar un condón aunque estuviera drogado.					
26. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante las relaciones sexuales, yo fácilmente podría convencerlo a él o ella de que es necesario hacerlo.					
27. Me siento seguro de que podría usar un condón correctamente.					
28. Me siento seguro de que podría hacer un alto para poner a mí o a mi pareja un condón aún en un momento apasionado.					

Apéndice F

Escala de autoeficacia para mantener una pareja estable

(Brafford & Beck, 1991; adaptada por Orozco & Moreno, 2017)

Las siguientes preguntas están relacionadas con la opinión que tienes sobre tu capacidad para mantener una pareja estable.

Instrucción: Señala con una X en el espacio lo que aplique a tu persona.

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo,

4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo

Autoeficacia para mantener una pareja estable	1	2	3	4	5
1. Confío que puedo reducir el número de nuevas parejas sexuales que tengo.					
2. Confío que puedo mantener una relación con una sola pareja.					
3. Confío que puedo evitar tener relaciones sexuales con otra pareja diferente a mi novia (o) o pareja actual.					
4. Confío que puedo hablar con mi novia (o) o pareja y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con una persona.					
5. Confío que puedo hablar con mi novia (o) o pareja y preguntarle cuántas parejas sexuales ha tenido.					

Apéndice G

Escala de fuerza en la intención de implementar el uso del condón

(Nydegger et al., 2017)

Las siguientes preguntas hacen referencia a tu intención de usar el condón en los próximos tres meses, así como la intención de llevar a cabo un plan para el uso del condón.

Instrucción: Subraya la respuesta que aplique a tu persona

1. ¿Has pensado en usar de forma consistente el condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?

1) Definitivamente no 2) Tal vez no 3) No estoy seguro 4) Tal vez sí 5) Definitivamente sí

2. ¿Qué tan probable es que uses de forma consistente un condón con tu pareja actual o alguna posible pareja en los próximos tres meses?

1) Definitivamente no 2) Tal vez no 3) No estoy seguro 4) Tal vez sí 5) Definitivamente sí

Instrucción: Lee el enunciado y señala con una X la opción de respuesta con la que estés de acuerdo. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Muy en desacuerdo, 3 = En desacuerdo,

4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo, 6 = Totalmente de acuerdo

Intención de implementar plan de acción para el uso del condón	1	2	3	4	5	6
1. He planeado dónde comprar o adquirir un condón cuando lo necesite.						
2. He planeado comprar o adquirir un condón cuándo sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual.						
3. He planeado cómo puedo comprar o adquirir un condón						
4. He planeado cuándo llevaré un condón conmigo.						
5. He planeado cuándo usaré un condón para sexo vaginal o anal.						
6. He planeado cuándo usaré un condón la próxima vez que tenga sexo oral.						

Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón	1	2	3	4	5	6
7. He planeado dónde guardaré los condones para tenerlos disponibles.						
8. He planeado lo que diré a mi pareja acerca de usar condones antes de tener sexo.						
9. He planeado qué diré a mi pareja si se rehúsa a usar un condón.						
10. He planeado las acciones que tomaré si mi pareja se niega a usar un condón.						
11. He planeado cómo me pondré el condón (pasos para colocarlo) u ofreceré uno a mi pareja antes de tener sexo.						
12. He planeado cuándo me pondré el condón u ofreceré uno a mi pareja.						

Apéndice H

Preguntas para plan de acción para el uso del condón

(De Vet et al., 2011)

Instrucciones: Escribe por lo menos dos situaciones en las que usarías condón los próximos 3 meses.

En cada espacio escribe detalladamente como te prepararías tú mismo para adquirir/comprar un condón, llevar un condón, negociar el uso del condón y usarlo.

Adquirir/comprar condón	Llevar un condón
¿Dónde comprarás o adquirirás un condón? - Compraré condones en la farmacia/ supermercado/Oxxo que está por mi casa o cerca de mi escuela. - Iré al centro de salud o clínica en que consulto - Pediré a mi amigo/hermano/padres	¿Dónde colocarás los condones para llevarlos contigo? - En una cajita o bolsa especial para guardar condones en el bolso (condonera). - Le daré a guardar mi condonera a mi pareja para que lo coloque en su bolsa de mano. - Lo colocaré en un apartado de mi mochila.
¿Cuándo lo comprarás o adquirirás? - Antes de acudir con mi pareja o novio (a) y hayamos acordado tener un encuentro sexual. - Antes de ir a una fiesta en la que sé que puedo tener posibilidad de tener un encuentro sexual. - Cuando vaya a casa de mi novio(a) o pareja y sé que estaremos solos.	¿En qué situaciones llevarás condones contigo? - Cuando salga con amigos de fiesta y anticipe la probabilidad de tener sexo. - Cuando vaya de viaje con mis amigos - Cuando vaya a casa de mi novia(o) o pareja y sé que estaremos a solas
Negociar el uso del condón	Uso de condón
¿Qué dirás a tu pareja para usar un condón? - Quiero tener sexo seguro para no infectarme con alguna ITS. - Quiero tener sexo con condón para evitar un embarazo o enfermedad. - Sin condón no tendré relaciones sexuales puede ser riesgoso.	¿Cómo usarás el condón? - Se colocará o usará antes de tener un encuentro sexual - Se colocará cuando el pene este erecto de forma que lo cubra. - Lo colocare en el pene de mi pareja cuando el pene este erecto.
¿Cuándo hablarás sobre el uso del condón con tu pareja? - Previo al encuentro sexual. - Cuando tenga la conozca mejor y esté preparado para tener sexo con el/ella.	¿En qué preciso momento lo usarás? - Antes de la penetración. - Antes de tener contacto con genitales de mi pareja.

Apéndice I

Escala de la intención de implementar un plan para mantener una pareja estable

(Nydegger et al., 2017; adaptado por Orozco & Moreno, 2017)

Las siguientes preguntas están relacionadas con la intención de tener una pareja estable en los próximos tres meses y de llevar a cabo un plan para decidir el tipo de pareja que te gustaría tener.

Instrucción: Subraya la respuesta que aplique a tu persona.

1. ¿Has pensado en reducir el número de nuevas parejas sexuales en los próximos tres meses?

1) Definitivamente no 2) Tal vez no 3) No estoy seguro 4) Tal vez sí 5) Definitivamente sí

2. ¿Has pensado en tener una sola pareja sexual?

1) Definitivamente no 2) Tal vez no 3) No estoy seguro 4) Tal vez sí 5) Definitivamente sí

Instrucción: Lee el enunciado y señala con una X la opción de respuesta con la que te identifiques.

Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Totalmente en desacuerdo 3 = En desacuerdo 5 = Muy de acuerdo

2 = Muy en desacuerdo 4 = De acuerdo 6 = Totalmente de acuerdo

Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	1	2	3	4	5	6
1. He planeado hablar con mi pareja y decirle que solo quiero tener relaciones sexuales con ella.						
2. He planeado cómo decir que no quiero tener un encuentro sexual ante una insinuación de personas que desconozco sus antecedentes sexuales.						
3. He planeado tener solo una pareja sexual en la vida.						
4. He planeado tener encuentros sexuales con otra persona que no sea mi novio(a) actual.						
5. He planeado que diré a mi pareja si sé que ha tenido otras parejas sexuales.						

Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable	1	2	3	4	5	6
6. He planeado que diré a una posible pareja si sé que él/ella ha tenido varias parejas sexuales.						
7. He planeado cuándo hablaré con mi novio(a) o mi pareja sobre el antecedente de número de parejas sexuales.						
8. He planeado que diré a mi novio(a) o mi pareja si me rechaza por saber que he tenido varias parejas sexuales.						
9. He planeado como evitar tener encuentros sexuales en la primera cita.						
10. He planeado tener más de una pareja sexual en la vida.						
11. He planeado como diré a mi novio (a) o mi pareja que he tenido relaciones sexuales con otra (s) personas.						

Apéndice J

Cuestionario de conducta de sexo seguro para VPH

(Dilorio et al., 2009; adaptado por Orozco & Moreno, 2017)

Las siguientes preguntas están relacionadas con la práctica del sexo seguro.

Instrucción: Responde a cada pregunta marcando con una **X** en el espacio que aplica a tu persona.

1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = La mayoría de las veces, 4 = Siempre

Conducta de sexo seguro para VPH	1	2	3	4
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Uso condón cuando tengo fajes o sexo no penetrativo.				
3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares (besos, abrazos o caricias).				
4. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus antecedentes sexuales (número de parejas sexuales, si ha usado condón en las relaciones sexuales y si ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual como VPH).				
5. Evito tener fajes donde tenga contacto con la piel de los genitales de mi pareja.				
6. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus prácticas de sexo oral o anal sin protección.				
7. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.				
8. No tengo relaciones sexuales con alguien del cual desconozco su antecedente sexual.				
9. Si identifico granos o verrugas en mis genitales evito tener encuentros sexuales.				
10. Cuando tengo una cita siempre llevo un condón por si termina en un encuentro sexual.				
11. Insisto en revisar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de granos o verrugas.				
12. Cuando mi pareja y yo estamos en desacuerdo sobre la práctica de sexo seguro (uso de condón y tener sexo con solo una pareja) siempre doy mi punto de vista.				

Conducta de sexo seguro para VPH	1	2	3	4
13. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o cubierta de látex.				
14. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.				
15. Practico sexo anal.				
16. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo un plan para practicar sexo seguro (adquirir, llevar y discutir uso de condón y tener sexo con solo una pareja).				
17. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.				
18. Evito tener contacto directo con la piel de los genitales de una persona que tiene granos o verrugas.				
19. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.				
20. Inicio conversaciones sobre sexo seguro (uso del condón y tener sexo con solo una pareja, número de parejas) con mis posibles parejas sexuales.				
21. Me abstengo de tener relaciones sexuales con una persona que sé que ha tenido muchas parejas sexuales.				
22. Practico sexo anal sin usar condón.				
23. Si identifico granos o verrugas en mis genitales acudo con el especialista y solicito una prueba para VPH.				
24. Uso condón cuando tengo un encuentro sexual aun teniendo la vacuna para el VPH.				
25. Practico sexo oral.				
26. Tengo relaciones sexuales con una sola pareja.				
27. Insisto en usar condón cuando tengo fajes o relaciones sexuales sin penetración.				
28. Si tengo relaciones sexuales con una nueva pareja uso condón.				
29. Cuando tengo relaciones sexuales uso un condón.				
30. Si tengo relaciones sexuales con una persona que sé que ha tenido muchas parejas sexuales, uso condón.				

Apéndice K

Evaluación de los participantes al instructor y a la calidad del programa

(Richards & Neill, 2003)

Estamos interesados en conocer lo que piensas del programa de prevención del VPH.

Instrucción: Señala con una X lo que represente tu opinión. Al final puedes agregar sugerencias sobre que podría ayudar a mejorar este programa.

1. En general ¿Qué tan satisfecho estas con el programa?

1) Nada satisfecho 2) Poco satisfecho 3) Satisfecho 4) Más que satisfecho

2. En qué medida el programa es de utilidad para ti.

1) Nada 2) Poco 3) Mucho

3. En qué medida te sentiste presionado u obligado a participar en el programa.

1) Nada 2) Poco 3) Mucho

Instrucción: Señala con una X en el recuadro que mejor represente tú opinión.

1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo

Pregunta	1	2	3	4	5
4. El contenido del programa fue bueno y/o adecuado.					
5. Los facilitadores presentaron el tema y/o actividades de una manera clara y concisa.					
6. Las actividades realizadas durante el programa fueron apropiadas.					
7. Los videos y/o presentaciones fueron adecuadas para el objetivo del programa.					
8. Los facilitadores involucraron activamente a todos los participantes en las actividades					
9. Los facilitadores estaban bien informados sobre el tema.					
10. El tiempo de las sesiones fue adecuado					

Pregunta	1	2	3	4	5
11. El número de sesiones para lograr el objetivo del programa fueron suficientes para brindar la información para la prevención del VPH.					
12. La duración del programa fue apropiada para lograr los objetivos planteados.					
13. Volverías a participar en algún programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual.					

Escribe alguna o algunas sugerencias para mejorar el programa (puedes incluir cosas que se pueden cambiar o que cosas se deben conservar, cosas que te gustaron o que no te gustaron cosas que aprendiste y te serán de utilidad u otra sugerencia u opinión que consideres importante).

Apéndice L

Consentimiento informado del padre o tutor para el grupo de intervención

Título del proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Introducción: Se ha invitado a mi hijo (a) a participar en el estudio el cual tiene como propósito conocer si a través de un programa educativo aumenta una conducta sexual protectora para el Virus del Papiloma Humano (VPH) en adolescentes. En el programa educativo se le proporcionará a mi hijo (a) conocimientos y habilidades que lo ayudarán a tener comportamientos que le permitan prevenir infecciones de transmisión sexual como es el VPH.

Procedimiento: La participación de mi hijo (a) en el programa educativo consistirá en que acuda a seis sesiones educativas (1 mes y medio) una por una por semana con duración de una hora aproximadamente y a los 3 meses de la última sesión; las sesiones se realizarán dentro de su institución educativa en horario en que actividades académicas lo permitan. Durante las sesiones se desarrollaran actividades que le permitan adquirir conocimiento sobre la prevención del VPH, conocimientos de derechos sexuales y desarrollar la habilidad para el uso de condón. Además llenará cuestionarios relacionados con los temas de interés.

Riesgos: El riesgo que tiene mi hijo (a) al participar es mínimo debido a que al tratar temas relacionados con la sexualidad, mi hijo (a) pueda sentirse incomodo (a) en algún momento ya sea por las actividades que se realizan o videos que se muestren, si eso pasará mi hijo(a) puede retirarse del programa educativo sin que esto tenga repercusiones académicas.

Beneficios y costo: La participación de mi hijo (a) en el programa educativo no trae beneficios directos sin embargo, puede adquirir conocimiento y habilidades que le permitan prevenir el VPH. Me queda claro que la participación de hijo(a) no tendrá ningún costo.

Confidencialidad: La información que mi hijo(a) proporcione durante el programa educativo no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información, por lo que tengo claro que no podré acceder a la información que mi hijo (a) proporcione. Además toda la información que mi hijo (a) conteste en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se le asignara un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de identificación individual del participante.

Abandono del estudio: La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. Aunque yo de autorización para que mi hijo(a) participe, él estará en libertad de retractarse en cualquier momento que así lo decida, sin que esto afecte su relación académica.

Preguntas: En caso de tener dudas sobre la investigación y participación de mi hijo(a) en el programa educativo puedo comunicarme con el responsable del Comité en Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 488 943 en horario de 9 a 16 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, además he leído la información de este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo lo decidamos.

Firma del padre, madre o tutor	Fecha	Firma del investigador	Fecha
--------------------------------	-------	------------------------	-------

Firma del primer testigo	Fecha	Firma del segundo testigo	Fecha
--------------------------	-------	---------------------------	-------

Apéndice M

Consentimiento informado del padre o tutor para el grupo control

Título del proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Procedimiento: Se ha invitado a mi hijo (a) a participar en un programa educativo que tiene como propósito informar sobre las infecciones de transmisión sexual. La participación de mi hijo (a) en el estudio consistirá en que acuda a una sesión informativa que se estarán desarrollando dentro de su institución educativa. Durante la sesión se llenarán cuestionarios relacionados con el tema de interés.

Riesgo: El riesgo que tiene mi hijo (a) al participar es mínimo debido a que al tratar temas relacionados con la sexualidad, mi hijo (a) pueda sentirse incomodo (a) en algún momento al expresar sus ideas sobre el tema, si eso pasará mi hijo(a) puede retirarse del programa educativo sin que esto tenga repercusiones académicas.

Beneficios y costo: La participación de mi hijo (a) en el programa o no trae beneficios directos, sin embargo, puede adquirir conocimiento y habilidades que le permitan prevenir enfermedades de transmisión sexual. Me queda claro que la participación de mi hijo(a) no tendrá ningún costo.

Confidencialidad: La información que mi hijo(a) proporcione durante el programa educativo no será dada a conocer a las autoridades académicas ni a ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información, por lo que tengo claro que no podré acceder a la información que mi hijo (a) proporcione. Además toda la información que mi hijo (a) conteste en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se le asignara un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de identificación individual de ningún participante.

Abandono del estudio: La participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntaria. Aunque yo de autorización para que mi hijo(a) participe, él estará en libertad de retractarse en cualquier momento que así lo decida, sin que esto afecte su relación académica.

Preguntas: En caso de tener dudas sobre la investigación y participación de mi hijo(a) en el programa educativo puedo comunicarme con el responsable del Comité en Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 488 943 en horario de 9 a 16 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, además he leído la información de este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo lo decidamos.

Firma del padre, madre o tutor	Fecha	Firma del investigador	Fecha
--------------------------------	-------	------------------------	-------

Firma del primer testigo	Fecha	Firma del segundo testigo	Fecha
--------------------------	-------	---------------------------	-------

Apéndice N

Asentimiento informado para el adolescente del grupo de intervención

Título del Proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Procedimiento: Se me ha invitado a participar en un programa educativo que tiene como objetivo prevenir la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH). Al participar acudiré a 5 sesiones educativas (una por semana) que se llevarán dentro de mi escuela, en horario que las actividades académicas lo permitan, con una duración de una hora aproximadamente. Las sesiones incluirán diversas actividades, como lecturas, videos, discusión de temas, entre otros. Asimismo, me proporcionarán información sobre cómo puedo protegerme para reducir el riesgo de contagiarme con el VPH y el uso correcto del condón. Llenaré cuestionario, antes de iniciar la intervención, al finalizarla y a los tres meses.

Riesgos: El riesgo de participar es mínimo, debido a que pudiera sentirme incomodo al contestar preguntas o durante las sesiones, si eso llegará a suceder puedo retirarme del estudio en el momento que yo lo desee.

Beneficios: Aprenderé la manera de prevenir el VPH y adquiriré habilidades que me permitan usar el uso el condón de forma correcta.

Participación voluntaria: Mi participar en esta intervención es voluntario, en caso de que ya no desee participar puedo dejar de hacerlo sin que esto afecte mis calificaciones o relación con maestros.

Confidencialidad: Los datos que proporcione no serán dados a conocer a mis padres, maestros o amigos. Los cuestionarios serán identificados con un código de participante por lo que mi nombre no podrá relacionarse con la información obtenida. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general con fines académicos y científico.

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN**

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así mismo puedo dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Apéndice Ñ

Asentimiento informado para el adolescente del grupo control

Título del Proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Procedimiento: Se me ha invitado a participar en un programa educativo, que tiene como objetivo proporcionar información sobre infecciones de transmisión sexual. Al participar en el estudio contestaré en tres ocasiones diferentes una serie de cuestionarios y acudiré a una sesión informativa donde se me proporcionarán información sobre aspectos generales de las infecciones de transmisión sexual más comunes, la duración de cada reunión será aproximadamente una hora.

Riesgo: El riesgo de participar en el estudio es mínimo, debido a que pudiera sentirme incomodo al contestar preguntas o durante la sesión, si eso llegará a suceder puedo retirarme del estudio en el momento que yo lo desee.

Beneficio: El beneficio que tengo al participar es el estudio es que adquiriré conocimiento que permita conocer cómo identificar enfermedades de transmisión sexual.

Participación voluntaria: Mi participación en esta intervención es voluntaria, en caso de que ya no desee participar puedo dejar de hacerlo sin que esto afecte mis calificaciones o relación con maestros.

Confidencialidad: Los datos que proporcione no serán dados a conocer a mis padres, maestros o amigos. Los cuestionarios serán identificados con un código de participante por lo que mi nombre no podrá relacionarse con la información obtenida. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general con fines académicos y científico.

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN**

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así mismo puedo dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Apéndice O

Consentimiento informado del participante para el grupo de intervención

Título del Proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Introducción: Se ha invitado a participar en el estudio el cual tiene como propósito conocer si a través de un programa educativo aumenta una conducta sexual protectora para el Virus del Papiloma Humano (VPH). La información que yo brinde permitirá desarrollar una tesis de doctorado en Enfermería. En el programa educativo se me brindarán conocimientos que me permitirá conocer relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Mi participación en el programa consistirá en llenar cuestionarios al inicio acudir a cuatro sesiones educativas con duración de una hora aproximadamente, al finalizar las sesiones llenar nuevamente cuestionarios en dos ocasiones. Las sesiones se realizarán dentro de la institución educativa en horario que mis actividades académicas me lo permitan.

Riesgos: El riesgo que tengo al participar es mínimo debido a que al tratar temas relacionados con la sexualidad, puedo sentirme incomodo (a) en algún momento, si eso pasará puedo retirarme del programa sin que esto tenga repercusiones académicas.

Participación y beneficios: Mi participación en el programa educativo no me proporcionará beneficios directo. Me queda claro que mi participación es voluntaria y no tendrá ningún costo.

Confidencialidad: La información que proporcione durante el programa educativo no será conocida por las autoridades académicas, mis padres u otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además toda la información que yo proporcione no podrá ser identificada ya que en lugar del nombre se le asignara un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de identificación individual de ningún participante.

Participación voluntaria: Mi participación es voluntaria, sin embargo estoy en plena libertad de retractarme en cualquier momento que lo decida, sin que esto afecte mi relación académica.

En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el programa educativo puedo comunicarme con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 488 943 en horario de 9 a 16 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, además he leído la información de este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Firma del primer testigo

Fecha

Firma del segundo testigo

Fecha

Apéndice P

Consentimiento informado del participante para el grupo control

Título del Proyecto: Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para Virus del Papiloma Humano en adolescentes.

Introducción: Se ha invitado a participar en el estudio el cual tiene como propósito prevenir las infecciones de transmisión sexual. La información que yo brinde permitirá desarrollar una tesis de doctorado en Enfermería. En el programa educativo se me brindarán conocimientos que me permitirá conocer relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Mi participación en el programa consistirá en llenar cuestionarios al inicio acudir a una sesión informativa con duración de una hora aproximadamente, al finalizar las sesiones llenar nuevamente cuestionarios en dos ocasiones. Las sesiones se realizarán dentro de la institución educativa en horario que mis actividades académicas lo permitan.

Riesgos: El riesgo que tengo al participar es mínimo debido a que al tratar temas relacionados con la sexualidad, puedo sentirme incomodo (a) en algún momento, si eso pasará puedo retirarme del programa sin que esto tenga repercusiones académicas.

Participación y beneficios: Mi participación en el programa educativo no me proporcionará beneficios directo. Me queda claro que mi participación es voluntaria y no tendrá ningún costo.

Confidencialidad: La información que proporcione durante el programa educativo no será conocida por las autoridades académicas, mis padres u otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además toda la información que yo proporcione no podrá ser identificada ya que en lugar del nombre se le asignara un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de identificación individual de ningún participante.

Participación voluntaria: Mi participación es voluntaria, sin embargo estoy en plena libertad de retractarme en cualquier momento que lo decida, sin que esto afecte mi relación académica.

En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el programa educativo puedo comunicarme con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 488 943 en horario de 9 a 16 horas.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN**

La MCE. Claudia Orozco Gómez me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, además he leído la información de este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Firma del primer testigo

Fecha

Firma del segundo testigo

Fecha

Apéndice Q**Cuestionario para reclutar facilitadores**

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es tu profesión?

1) Enfermería 2) Psicología 3) Medicina 4) otra: (especificar) _____

¿Has impartido cursos o talleres a adolescentes?

1) No 2) Sí de que tipo _____

En escala de 0 a 10 que tanto te gusta trabajar en equipo _____

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas

¿Qué es el VPH?

¿Cuáles son las formas de transmisión del VPH?

¿Cuáles son los tipos de VPH de alto riesgo?

¿Qué consecuencias tiene el VPH?

¿Cuál es la forma de prevenir la infección por VPH?

Apéndice R

Convenio de confidencialidad de la información

Al formar parte del equipo de la intervención educativa para incrementar una conducta sexual protectora para VPH, me comprometo a utilizar la información obtenida durante el desarrollo de la intervención de manera confidencial por lo que los datos proporcionados por los participantes no podrán ser revelados o divulgados a personas ajenas al proyecto de investigación, así como los criterios de inclusión de los participantes al proyecto. Además la información que se obtenga no podrá ser utilizada para beneficio propio.

Firma del facilitador o monitor

Fecha

Apéndice S

Evaluación de la fidelidad de la intervención

Nombre de facilitador : _____ Monitor: _____ Fecha: _____
 Nombre de la sesión: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Número de participantes asistentes _____

Criterios de observación	Sí	No	Observación
1. Inicia a tiempo la sesión			
2. El facilitador se apegó al contenido del manual del facilitador			
3. Se ajustó el facilitador a los tiempos establecidos			
4. Mostró los videos en el orden indicado			
5. Se efectuaron todas las actividades planeadas			
6. El tiempo para cada actividad fue respetado			
7. El material requerido para la sesión estuvo completo			

Total _____

Nota: si hubo modificación en contenidos, actividades o secuencia indique cómo se llevó a cabo.

Fortalezas del facilitador: _____

Aspectos a mejorar _____

Apéndice T

Sesión 1: Conocimiento sobre VPH relacionado con el cáncer

Objetivo

Incrementar el conocimiento del adolescente sobre el VPH relacionado con el cáncer.

Objetivos específicos

Diferencia entre tipos de VPH oncogénico y no oncogénico.

Conoce signos de la infección por VPH.

Identifica formas de transmisión del VPH.

Conoce los efectos del VPH en el organismo (desarrollo de verrugas y tipos de cánceres).

Menciona la vacunación y reducción de conductas sexuales de riesgo como formas de prevenir el VPH.

Identifica beneficios para adquirir vacuna contra el VPH.

Disminuir las barreras para adquirir la vacuna contra el VPH.

Conoce que el Papanicolaou es forma de detectar lesiones precancerosas por VPH.

Identifica vacuna contra VPH.

Conoce formas de tratar el VPH.

Componentes	Actividades o estrategia	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
Entendiendo qué es el VPH y tipos Signos y síntomas del VPH Efecto de la infección (verrugas y cánceres) en hombre y mujer Factores de riesgo para el VPH/ pre cáncer Prevención y reducción de riesgo de VPH Barreras y beneficios para la vacuna Detección, diagnóstico y tratamiento de VPH	Exposición del facilitador de los componentes de la sesión con apoyo de presentación en diapositivas Lectura de diapositivas Discusión Video que explica cómo el VPH desarrolla el CaCU Listado de pros y contras de la vacuna	1 sesión Bienvenida 15 minutos Exposición y lectura Discusión 10 minutos Pros y contras 10 minutos Videos 10 minutos Total 60 minutos	Cañón Computadora Bocinas Pintarrón Marcadores Papel bond Vídeo VPH Vídeo VPH-CaCU

Apéndice U

Sesión 2: Conocimiento de los derechos sexuales

Objetivo

Incrementar el conocimiento de los derechos sexuales en los participantes.

Objetivos específicos

Definir que son los derechos sexuales.

Diferencia derechos sexuales y reproductivos.

Identificar los derechos sexuales que los adolescentes tienen.

Conocer que es un rol de género.

Identifican el rol que el hombre y la mujer en la sexualidad.

Componentes	Actividades o estrategia	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
Estereotipos Estereotipos en la sexualidad Definición de derechos sexuales y reproductivos Derechos sexuales	Video en el que se explica y mencionan cuáles son los derechos sexuales de los adolescentes. Discusión de la importancia de los derechos sexuales e inequidad de género sexual. Lluvia de ideas sobre lo que es rol de género Análisis de caso para identificar cómo se ejercen los derechos sexuales.	1 sesión Repaso de sesión pasada 8 minutos Video 8 Lluvia de ideas 10 minutos Discusión de derechos sexuales 10 minutos Lectura de rol de género y discusión 15 minutos Identifica derechos sexuales 8 Total 60 minutos	Cañón Computadora Bocinas Pintarrón Marcadores Tríptico conoce tus derechos sexuales y reproductivos Formato de casos Video “atrévete”

Apéndice V

Sesión 3: Autoeficacia para el uso del condón y mantener una pareja estable

Objetivo

Aumentar la capacidad de para el uso del condón y habilidad para su negociación y mantener una pareja estable.

Objetivos específicos

Conoce que es un condón y tipos.

Identifica beneficios para el uso del condón.

Disminuir barreras para el uso del condón.

Adquiere habilidades para la negociación del uso del condón y para comunicarse de forma asertiva.

Conoce la importancia de las parejas sexuales.

Identifica los riesgos de tener múltiples parejas sexuales.

Conoce que es la monogamia.

Componentes	Actividades o estrategia	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
¿Qué es el condón? Beneficios del uso de condón Tipos de condón Barreras para su uso Habilidades para uso de condón y negociar su uso Importancia de las parejas sexuales ¿Qué es la monogamia?	Lluvia de ideas. Pros y contras: en equipos realizan lista de pros y contras del uso de condón. Discusión de pros y contras Juego de roles: 2 participantes representarán la negociación para el uso del condón y como decir que no quieren un encuentro sexual. Modelado: Practicarán la colocación del condón Proyección de video sobre uso de condón y consejos sobre cómo cargarlo. Juego de cartas (ejemplificar riesgo de tener múltiples parejas sexuales)	1 sesión Repaso de sesión anterior 6 minutos Lluvia de ideas 8 minutos Pros y contras 10 minutos Video 6 minutos Negociación 15 minutos practica de colocación de condón 21 minutos Discusión sobre el riesgo de número de parejas sexuales y monogamia 15 minutos Total 75 minutos	Papel bond Marcadores Computadora Cañón, Bocinas Modelos anatómicos de penes Toallas de papel Lubricante a base de agua Condomes Pintarrón Marcadores Tarjetas de 3 colores distintos colores

Apéndice W

Sesión 4: Plan de acción para el uso del condón y mantener una pareja estable

Objetivo

Desarrollar un plan de acción para el uso de condón y tener una pareja estable.

Objetivos específicos

Conocer la que es un plan de acción y la importancia de tener un plan de acción.

Identificar elementos necesarios para planear el uso del condón y mantener una pareja estable.

Construir un plan de acción para uso de condón y mantener una pareja estable.

Componentes	Actividades o estrategia	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
¿Qué es un plan de acción? Elementos a tomar en cuenta para construir un plan para uso de condón - Cómo y cuándo adquirir un condón - Cómo y cuándo llevar un condón Qué decir para negociar el uso del condón y cuándo hacerlo Cómo usar un condón, en qué preciso momento usarlo Cómo decir no me interesa tener un encuentro sexual	Lectura de historieta Lluvia de ideas Análisis de caso el cual permitirá identificar elementos para desarrollar un plan para el uso de condón. Elaboración de plan de acción para comprar condón, llevar condón, negociar el uso de condón y mantener una pareja estable	1 sesión Repaso sesión pasada 10 minutos introducción al tema 10 minutos Video 5 minutos Análisis de caso 10min Desarrollo de plan de acción 15 min Total de tiempo: 60 minutos	Formato de plan de acción para la conducta protectora para VPH Proyector Computadora Historieta prevención del VPH Video negociación del uso del condón

Apéndice X

Sesión para el grupo control

Objetivo

Dar a conocer de manera general las infecciones de transmisión más comunes.

Objetivo específico

Conocer generalidades de la gonorrea, sífilis, clamidia, herpes y VIH.

Conocer signos y síntomas de gonorrea, sífilis, clamidia, herpes y VIH.

Conocer forma de detectar el VIH.

Componentes	Actividades o estrategia	Número de sesiones y tiempo	Recursos materiales
Definición de ITS Gonorrea signos y síntomas formas de transmisión Sífilis signos y síntomas formas de transmisión Clamidia signos y síntomas formas de transmisión Herpes signos y síntomas formas de transmisión VIH/sida signos y síntomas formas de transmisión Prueba rápida para detectar VIH	Exposición de información	1 sesión 1 hora	Folleto informativo sobre ITS Computadora Cañón

Apéndice Y

Pruebas de efecto intra-sujeto para variables de estudio

Análisis univariado para intra-sujetos en el conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer

Origen	rueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado Medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	23692.310	2	11846.155	102.69	.001
	Greenhouse-Geisser	23692.310	1.92	12326.055	102.69	.001
	Huynh-Feldt	23692.310	1.97	12000.072	102.69	.001
	Límite-inferior	23692.310	1.00	23692.310	102.69	.001
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	14237.555	2	7118.777	61.71	.001
	Greenhouse-Geisser	14237.555	1.92	7407.167	61.71	.001
	Huynh-Feldt	14237.555	1.97	7211.271	61.71	.001
	Límite-inferior	14237.555	1.00	14237.555	61.71	.001
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	24917.368	216	115.358		
	Greenhouse-Geisser	24917.368	207.59	120.031		
	Huynh-Feldt	24917.368	213.23	116.857		
	Límite-inferior	24917.368	108.00	230.716		

Análisis univariado para intra-sujetos en el conocimiento de los derechos sexuales

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	416.336	2	208.168	2.56	.080
	Greenhouse-Geisser	416.336	1.76	235.968	2.56	.087
	Huynh-Feldt	416.336	1.80	230.266	2.56	.085
	Límite-inferior	416.336	1.00	416.336	2.56	.112
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	457.998	2	228.999	2.81	.062
	Greenhouse-Geisser	457.998	1.76	259.582	2.81	.069
	Huynh-Feldt	457.998	1.80	253.309	2.81	.068
	Límite-inferior	457.998	1.00	457.998	2.81	.096
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	17551.975	216	81.259		
	Greenhouse-Geisser	17551.975	190.55	92.111		
	Huynh-Feldt	17551.975	195.27	89.885		
	Límite-inferior	17551.975	108.00	162.518		

Análisis univariado para intra-sujetos para la autoeficacia para el uso del condón

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	340.371	2	170.185	1.69	.187
	Greenhouse-Geisser	340.371	1.97	172.037	1.69	.187
	Huynh-Feldt	340.371	2.00	170.185	1.69	.187
	Límite-inferior	340.371	1.00	340.371	1.69	.196
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	890.048	2	445.024	4.41	.013
	Greenhouse-Geisser	890.048	1.97	449.866	4.41	.013
	Huynh-Feldt	890.048	2.00	445.024	4.41	.013
	Límite-inferior	890.048	1.00	890.048	4.41	.038
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	21751.558	216	100.702		
	Greenhouse-Geisser	21751.558	213.67	101.797		
	Huynh-Feldt	21751.558	216.00	100.702		
	Límite-inferior	21751.558	108.00	201.403		

Análisis univariado para intra-sujetos para la autoeficacia para mantener una pareja estable

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	529.716	2	264.858	1.44	.237
	Greenhouse-Geisser	529.716	1.85	284.948	1.44	.238
	Huynh-Feldt	529.716	1.90	277.667	1.44	.238
	Límite-inferior	529.716	1.00	529.716	1.44	.231
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	763.352	2	381.676	2.08	.127
	Greenhouse-Geisser	763.352	1.85	410.627	2.08	.130
	Huynh-Feldt	763.352	1.90	400.135	2.08	.129
	Límite-inferior	763.352	1.00	763.352	2.08	.151
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	39496.193	216	182.853		
	Greenhouse-Geisser	39496.193	200.77	196.723		
	Huynh-Feldt	39496.193	206.03	191.696		
	Límite-inferior	39496.193	108.00	365.705		

Análisis univariado para intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para una conducta protectora para VPH

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	3238.172	2	1619.086	7.56	.001
	Greenhouse-Geisser	3238.172	1.99	1624.339	7.56	.001
	Huynh-Feldt	3238.172	2.00	1619.086	7.56	.001
	Límite-inferior	3238.172	1.00	3238.172	7.56	.007
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	380.663	2	190.332	.88	.413
	Greenhouse-Geisser	380.663	1.99	190.949	.88	.412
	Huynh-Feldt	380.663	2.00	190.332	.88	.413
	Límite-inferior	380.663	1.00	380.663	.88	.348
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	46253.798	216	214.138		
	Greenhouse-Geisser	46253.798	215.30	214.833		
	Huynh-Feldt	46253.798	216.00	214.138		
	Límite-inferior	46253.798	108.00	428.276		

Análisis univariado para intra-sujetos para la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	2347.228	2	1173.614	5.86	.003
	Greenhouse-Geisser	2347.228	1.96	1196.150	5.86	.004
	Huynh-Feldt	2347.228	2.00	1173.614	5.86	.003
	Límite-inferior	2347.228	1.00	2347.228	5.86	.017
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	319.679	2	159.840	.79	.451
	Greenhouse-Geisser	319.679	1.96	162.909	.79	.449
	Huynh-Feldt	319.679	2.00	159.840	.79	.451
	Límite-inferior	319.679	1.00	319.679	.79	.373
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	43222.339	216	200.103		
	Greenhouse-Geisser	43222.339	211.93	203.946		
	Huynh-Feldt	43222.339	216.00	200.103		
	Límite-inferior	43222.339	108.00	400.207		

Análisis univariado para intra-sujetos para la conducta sexual protectora

Origen	Prueba estadística	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Tiempo	Esfericidad asumida	2622.485	2	1311.242	15.98	.001
	Greenhouse-Geisser	2622.485	1.98	1323.583	15.98	.001
	Huynh-Feldt	2622.485	2.00	1311.242	15.98	.001
	Límite-inferior	2622.485	1.00	2622.485	15.98	.001
Tiempo* Grupo	Esfericidad asumida	406.188	2	203.094	2.47	.086
	Greenhouse-Geisser	406.188	1.98	205.006	2.47	.087
	Huynh-Feldt	406.188	2.00	203.094	2.47	.086
	Límite-inferior	406.188	1.00	406.188	2.47	.118
Error (Tiempo)	Esfericidad asumida	17714.822	216	82.013		
	Greenhouse-Geisser	17714.822	213.98	82.785		
	Huynh-Feldt	17714.822	216.00	82.013		
	Límite-inferior	17714.822	108.00	164.026		

Apéndice Z

Estimación de parámetros para variables de estudio

Estimación de parámetros para el conocimiento sobre VPH y su relación con cáncer

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	38.67	1.736	22.28	.001	35.23	42.12
	Intervención	.12	2.411	.05	.959	-4.65	4.90
	Control	0					
Postest	Intersección	43.34	1.849	23.44	.001	39.67	47.00
	Intervención	29.05	2.568	11.31	.001	23.96	34.14
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	41.89	1.861	22.51	.001	38.21	45.58
	Intervención	26.83	2.585	10.38	.001	21.70	31.95
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = Valor de significancia; IC = intervalo de confianza LI = Límite inferior; LS = Límite superior

Variable dependiente: Conocimiento de los derechos sexuales

Estimación de parámetros para el conocimiento de los derechos sexuales

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	90.751	1.675	54.18	.000	87.43	94.07
	Intervención	1.475	2.327	.63	.528	-3.13	6.08
	Control	0					
Postest	Intersección	91.639	1.413	64.86	.000	88.83	94.43
	Intervención	4.749	1.963	2.42	.017	.85	8.64
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	90.085	1.578	57.09	.000	86.95	93.21
	Intervención	7.232	2.192	3.29	.001	2.88	11.57
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = Prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Conocimiento de los derechos sexuales

Estimación de parámetros para la autoeficacia para el uso del condón

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	79.481	1.578	50.37	.001	76.35	82.60
	Intervención	2.239	2.192	1.02	.309	-2.10	6.58
	Control	0					
Posttest	Intersección	74.882	2.036	36.77	.000	70.84	78.91
	Intervención	10.159	2.829	3.59	.000	4.55	15.76
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	78.639	1.919	40.97	.000	74.83	82.44
	Intervención	7.451	2.666	2.79	.006	2.16	12.73
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza
LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Autoeficacia para el uso del condón

Estimación de parámetros para la autoeficacia para mantener una pareja estable

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	85.094	2.710	31.39	.001	79.72	90.46
	Intervención	-4.831	3.765	-1.28	.202	-12.29	2.63
	Control	0					
Posttest	Intersección	85.283	2.729	31.24	.001	79.87	90.69
	Intervención	.682	3.792	.18	.858	-6.83	8.19
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	83.868	2.751	30.48	.001	78.41	89.32
	Intervención	2.272	3.822	.59	.553	-5.30	9.84
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza
LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Autoeficacia para mantener una pareja estable

Estimación de parámetros para la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	71.698	2.889	24.81	.001	65.97	77.42
	Intervención	1.518	4.014	.37	.706	-6.43	9.47
	Control	0					
Posttest	Intersección	75.252	2.943	25.57	.001	69.41	81.08
	Intervención	6.737	4.088	1.64	.102	-1.36	14.84
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	77.138	2.387	32.31	.001	72.40	81.87
	Intervención	4.733	3.316	1.42	.156	-1.84	11.30
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza
LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón

Estimación de parámetros para la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	63.774	2.331	27.35	.001	59.15	68.39
	Intervención	-4.412	3.238	-1.36	.176	-10.83	2.00
	Control	0					
Posttest	Intersección	66.346	2.573	25.78	.001	61.24	71.44
	Intervención	-.031	3.574	-.009	.993	-7.11	7.05
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	68.062	2.605	26.13	.001	62.89	73.22
	Intervención	-.470	3.618	-.13	.897	-7.64	6.70
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza
LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable

Estimación de parámetros para la conducta sexual protectora

Índice	Grupo	β	Error típ.	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Pretest	Intersección	58.134	1.959	29.66	.001	54.25	62.01
	Intervención	-6.575	2.722	-2.41	.017	-11.97	-1.17
	Control	0					
Posttest	Intersección	62.914	2.162	29.09	.001	58.62	67.20
	Intervención	-2.563	3.004	-.85	.395	-8.51	3.39
	Control	0					
Seguimiento	Intersección	60.063	1.968	30.52	.001	56.16	63.96
	Intervención	-1.388	2.734	-.50	.613	-6.80	4.03
	Control	0					

Nota: β = distribución beta; t = prueba t de Student; p = valor de significancia; IC = intervalo de confianza
LI = límite inferior; LS = límite superior

Variable dependiente: Conducta sexual protectora para VPH

Resumen Autobiográfico

Claudia Orozco Gómez

Candidato a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA SEXUAL PROTECTORA PARA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

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

Biografía: Nacida en Ignacio Allende, Teúl de González Ortega, Zacatecas, el 8 de Marzo de 1984; hija del Sr. José Orozco Guzmán y la Sra. Esperanza Gómez Cervantes.

Estudios: Egresada de la Unidad Académica de Enfermería “Francisco García Salinas” de la Universidad Autónoma de Zacatecas, con el grado de Licenciada en Enfermería en el año 2007. Maestría en Ciencias de Enfermería en el período 2009-2010 en la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Profesional: Servicio Social en el Hospital General Zacatecas de los Servicios de Salud, durante el período 2007-2008. Enfermera general en el hospital San José Tec de Monterrey, 2011. Auxiliar en investigación en la línea “Auto-cuidado en diabetes mellitus y factores de riesgo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011. Docente en la Unidad Académica de Enfermería Universidad Autónoma de Zacatecas, en el período del 2012 al 2015. Impartiendo materias como: Enfermería Fundamental (teoría y práctica), Enfermería Gerontogerítrica (teoría y práctica), Epidemiología, Investigación en Enfermería y Proceso de Atención en Enfermería.

Distinciones: Segundo lugar en el Concurso Estatal de Investigación en Salud 2011.

Asociaciones y membresía: Miembro activo de Sigma Theta Tau Internacional, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha.

E-mail: clau_oro24@hotmail.com