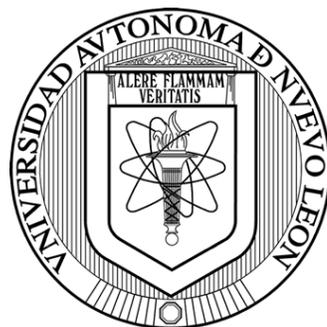


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



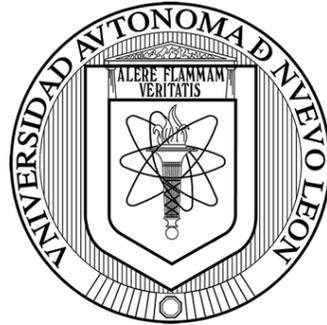
INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR
DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Por
MCE. LORENA YULIANA VERA ALANÍS

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

AGOSTO, 2022

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



INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR
DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

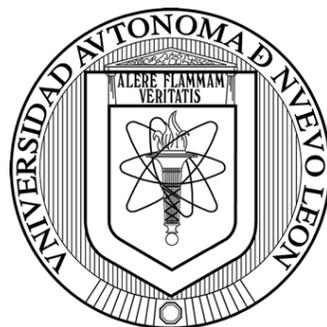
Por
MCE. LORENA YULIANA VERA ALANÍS

Director de Tesis
DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

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

AGOSTO, 2022

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



INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR
DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Por
MCE. LORENA YULIANA VERA ALANÍS

Asesor Estadístico
DRA. JEYLE ORTÍZ RODRÍGUEZ

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

AGOSTO, 2022

INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR
DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS 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

Dr. Felipe Abundis de León
2do. Vocal

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por su orientación, compromiso y fomento de mi pensamiento crítico y liderazgo en enfermería. Doy las gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca proporcionada para llevar a cabo mis estudios de doctorado y al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, por prestar sus instalaciones para la búsqueda de información del material de *¡Cuídate!* Expreso mi gratitud a los directores de las secundarias, docentes y estudiantes que hicieron posible llevar a cabo el estudio. Además, agradezco cada una de sus observaciones que hicieron posible la innovación y actualización del estudio.

Reconozco la labor del Doctor Andrés A. Fernández Fuertes de la Universidad de Cantabria, España, por compartir su vasto conocimiento de una manera tan amena durante la estancia de investigación. Asimismo, agradezco de sobremanera a mi jurado de tesis conformado por la Dra. Raquel Benavides Torres, la Dra. María Aracely Márquez Vega, el Dr. Felipe Abundis de León y la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila por permitirme aprender de ellos, por su tiempo y sus recomendaciones en el desarrollo del presente trabajo.

Agradezco al personal administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL por prestar un eficiente servicio a la comunidad estudiantil y a los profesores del Doctorado por motivarnos a ser mejores personas e investigadores. Por último, doy las gracias a mis compañeros de clase por sus consejos, apoyo y amistad.

Dedicatoria

A Jehová por darme la sabiduría y su amor leal para enfrentar los retos personales y profesionales, así como a mi familia, pareja y amigos por su comprensión y apoyo incondicional.

A mi querida abuela la Sra. Juana Cabrera y a mi mejor amiga la Srita. Ana María Alanís Cavazos por motivarme cada día y ser mi apoyo cuando necesitaba un respiro. Que a pesar de querer su grata compañía en la culminación del Doctorado, sé que de alguna manera me acompañan donde sea que estén.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	12
Modelo de Adaptación del Programa <i>¡Cuidate!</i>	31
Modelo Lógico de la Intervención	35
Estudios Relacionados	39
Definición de Términos	53
Objetivos	57
Hipótesis para los Docentes	58
Hipótesis para los Adolescentes	58
Capítulo II	
Metodología	60
Diseño del Estudio	60
Población, Muestreo y Muestra	61
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	62
Instrumentos de Recolección de Datos del Docente	63
Instrumentos de Recolección de Datos del Adolescente	65
Instrumentos de Recolección de Aceptabilidad y Factibilidad	69
Descripción de la Intervención	69
Diseño Final de la Intervención	76
Tratamiento del Grupo Experimental	78
Reclutamiento de Asistentes	81

Contenido	Página
Reclutamiento de Docentes	82
Procedimiento de Recolección de Datos	83
Medidas para Evitar Pérdida de Participantes	84
Minimización de Amenazas a la Investigación	85
Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención	85
Criterios de Aceptabilidad	86
Consideraciones Éticas	86
Estrategia de Análisis de Datos	88
Capítulo III	
Resultados	89
Características Sociodemográficas de los Participantes	89
Consistencia Interna de las Escalas y Subescalas	89
Prueba de Normalidad	91
Estadística Descriptiva de las Variables del Docente	93
Estadística Descriptiva de las Variables del Adolescente	105
Estadística Inferencial del Docente	117
Estadística Inferencial del Adolescente	120
Factibilidad	123
Aceptabilidad	125
Capítulo IV	
Discusión	128
Limitaciones del Estudio	141
Conclusiones	142
Recomendaciones	144

Contenido	Página
Referencias	146
Apéndices	164
A. <i>Soy capaz</i> Manual del Docente para Educación Sexual del Adolescente	165
B. Manual de <i>¡Cuídate!</i> para la Capacitación del Facilitador del Proyecto	167
C. Manual de <i>¡Cuídate!</i> para el Currículo del Facilitador	171
D. Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente	175
E. Cédula Virtual de Datos Sociodemográficos del Adolescente	176
F. Cédula de Datos Sociodemográficos del Docente	178
G. Cédula Virtual de Datos Sociodemográficos del Docente	179
H. Escala de Actitud hacia el Uso del Condón	181
I. Escala Virtual de Actitud hacia el Uso del Condón	182
J. Escala de Comunicación entre Parejas	184
K. Escala Virtual de Comunicación entre Parejas	185
L. Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS	187
M. Cuestionario Virtual de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS	189
N. Escala de Provisión Social para Sexo Seguro	194
Ñ. Escala Virtual de Provisión Social para Sexo Seguro	197
O. Escala de Uso del Condón	203
P. Escala Virtual de Uso del Condón	204
Q. Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida	205
R. Escala Virtual de Autoeficacia para la Prevención del sida	207

Contenido	Página
S. Escala de Autoeficacia en Educación Sexual	215
T. Escala Virtual de Autoeficacia en Educación Sexual	217
U. Escala de Habilidades de Educación Sexual	223
V. Escala Virtual de Habilidades de Educación Sexual	225
W. Consentimiento Informado del Docente	230
X. Consentimiento Informado Virtual del Docente	233
Y. Consentimiento Informado del Padre o Tutor	235
Z. Consentimiento Informado Virtual del Padre o Tutor	238
AA. Asentimiento Informado del Estudiante	240
BB. Asentimiento Informado Virtual del Estudiante	243
CC. Cuestionario para Reclutar Asistentes	244
DD. Evaluación de la Fidelidad de la Intervención	245
EE. Evaluación de la Factibilidad de la Intervención	246
FF. Evaluación de la Aceptabilidad de la Intervención	247

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Modelo lógico de la intervención	37
2. Esquema de diseño en docentes	61
3. Esquema de diseño en adolescentes	61
4. Consistencia interna de los instrumentos del docente	90
5. Consistencia interna de los instrumentos del adolescente	91
6. Prueba de Shapiro-Wilk en docentes	92
7. Prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors en adolescentes	92
8. Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo	93
9. Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual	98
10. Estadística descriptiva de la variable Habilidades de educación sexual	101
11. Estadística descriptiva general de las variables del docente	105
12. Estadística descriptiva de la variable Actitudes hacia el uso del condón	106
13. Estadística descriptiva de la variable Comunicación sexual con la pareja	107
14. Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo	108

Tabla	Página
15. Estadística descriptiva de la variable Apoyo familiar al riesgo sexual	111
16. Estadística descriptiva de la variable Uso consistente del condón	113
17. Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro	114
18. Estadística descriptiva general de las variables del adolescente	117
19. Resultados de prueba Wilcoxon en docentes	118
20. Resultados de prueba Friedman en docentes	120
21. Resultados de prueba Wilcoxon en adolescentes	121
22. Resultados de prueba Friedman en adolescentes	122
23. Resultados de prueba Q de Cochran en adolescentes	123
24. Satisfacción de los docentes de <i>Soy capaz</i>	126
25. Satisfacción de los docentes hacia el programa <i>¡Cuídate!</i>	127
26. Satisfacción de los adolescentes hacia el programa <i>¡Cuídate!</i>	127

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Causalidad Triádica Recíproca	13
2. Esquemmatización del modelo de causalidad triádica recíproca con las variables de estudio del adolescente	29
3. Esquemmatización del modelo de causalidad triádica recíproca con las variables de estudio del docente	30
4. Modelo del Proceso de Adaptación	33
5. Organización general de <i>¡Cuidate!</i>	72
6. Modelo del Programa de Intervención Educativa <i>¡Cuidate!</i> para evitar las conductas sexuales de riesgo	76

Resumen

Lorena Yuliana Vera Alanís
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2022

Título del Estudio: INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Número de páginas: 247

Candidata a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Objetivo y Método de Estudio: Se plantearon tres objetivos: 1) determinar si existen diferencias significativas en las variables del docente y del adolescente entre el pre, post y seguimiento un mes después de una intervención en el contexto educativo. 2) identificar la factibilidad y 3) estimar la aceptabilidad de los programas *Soy capaz* y *¡Cuídate!* El estudio se basó en la Teoría Cognitiva Social. Éste consistió en fortalecer a los docentes en el conocimiento sobre ITS, VIH y el embarazo, autoeficacia y habilidades en educación sexual a través del programa *Soy capaz*. Posteriormente se les capacitó sobre el programa de educación sexual *¡Cuídate!* para que lo replicaran en adolescentes con el propósito de reducir las conductas sexuales de riesgo. Se utilizó un diseño cuasi experimental con un grupo experimental, se realizaron mediciones repetidas; pre-test, post-test (después de *Soy capaz* y entrega de *¡Cuídate!* en el caso de los docentes) y al mes. La muestra fue de 28 docentes y 195 adolescentes de secundarias públicas. En los docentes se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos, ambos con características psicométricas aceptables. En los adolescentes se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y seis instrumentos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (prueba de Wilcoxon, Friedman y Q de Cochran para variables dicotómicas).

Contribución y Conclusiones: Se creó el manual de educación sexual para el docente *Soy capaz* y se adaptó y actualizó el programa *¡Cuídate!* De acuerdo con la prueba de Friedman las variables del docentes: Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo ($X^2 = 25.96, p < .001$), la Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual ($X^2 = 16.89, p < .001$) y las Habilidades de educación sexual ($X^2 = 10.48, p = .015$), mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre las cuatro mediciones, mostrando un incremento paulatino. De igual modo, *¡Cuídate!* consiguió aumentar las Actitudes hacia el uso del condón ($X^2 = 158.39, p < .001$), la Comunicación sexual con la pareja ($X^2 = 123.91, p < .001$), el Conocimiento del

adolescente sobre ITS, VIH y embarazo ($X^2 = 275.77, p < .001$), el Apoyo familiar al riesgo sexual ($X^2 = 21.31, p < .001$) y la Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro ($X^2 = 283.14, p < .001$). En conclusión, el programa *Soy capaz* logró aumentar y sostener el conocimiento, la autoeficacia y las habilidades sobre temas sexuales en los docentes, mientras que ¡Cuidate! aumentó y sostuvo las variables antes mencionadas. Se evidenció que ambos programas fueron factibles y aceptables. Los resultados del estudio permiten inferir que un docente capacitado en salud sexual puede influir en el comportamiento de sus alumnos.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las conductas sexuales de riesgo constituyen un problema de salud pública especialmente en la población adolescente (10 a 19 años). Se ha identificado que el inicio de la vida sexual a temprana edad, las múltiples parejas sexuales, el uso incorrecto o inconsistente de los métodos anticonceptivos, el sexo sin protección, entre otros, favorecen la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre ellas el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los embarazos no deseados (Furlanetto et al., 2018; Rizo-Baeza et al., 2018).

En este sentido, los adolescentes se consideran una población vulnerable porque durante esta etapa, la corteza prefrontal, responsable del control de los impulsos, habilidad de planeación, adaptación social y toma de decisiones, está en plena formación, por lo que aunado a la falta de experiencia hace que el adolescente responda a estímulos de manera instintiva sin medir las consecuencias a corto o largo plazo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015). A su vez, en esta etapa, surge el interés en las relaciones románticas y sexuales, sin embargo, la falta de capacidad para tomar una decisión o para comprender las consecuencias de un comportamiento, los lleva a realizar conductas sexuales de riesgo que resultan en consecuencias nocivas para la salud (American Academy of Pediatrics, 2019).

Datos recientes indican que el 20.5% de los adolescentes que viven en México tienen vida sexual y el 36.8% de ellos no utilizaron ningún método anticonceptivo en la última relación sexual (Villalobos et al., 2017). Uno de principales problemas relacionados con la sexualidad que presentan los adolescentes son las ITS, estas se denominan como toda aquella enfermedad que se adquiere por contacto corporal íntimo e intercambio de fluidos durante la penetración vaginal, anal u oral (Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2015). La Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2019) estima que anualmente a nivel mundial 376 millones de personas contraen alguna de las principales ITS; como clamidiasis (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6.3 millones) y tricomoniasis (156 millones) y aproximadamente la mitad de las incidencias anuales de ITS son jóvenes de 15 a 24 años (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2014, 2018).

En lo que respecta al VIH, se estima que en todo el mundo existen alrededor de 37.9 millones casos confirmados (ONUSIDA, 2018a), en cuanto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) se identifica como la segunda causa de muerte a nivel mundial entre los adolescentes (Organismo de las Naciones Unidas, 2015). Países latinoamericanos como: Brasil, Costa Rica, Bolivia y Chile, mostraron un 20% de incremento de casos de VIH (ONUSIDA, 2018b). En México se tiene registro de 3,397 casos acumulados de VIH/sida que fueron transmitidos por vía sexual, 86 de ellos corresponde al grupo de edad de 10 a 14 años y 3,311 de 15 a 19 años. En este aspecto, tan solo en el año 2018, se notificaron 187 casos de sida (1 de 10 a 14 años y 186 de 15 a 19) y 563 seropositivos (7 de 10 a 14 años y 556 de 15 a 19) que fueron transmitidos por contacto sexual (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2019).

Además de las ITS y el VIH, las conductas sexuales de riesgo pueden conllevar a un embarazo involuntario, la OMS (2016) reporta que el 11% de nacimientos a nivel mundial y el 19% en países en vía de desarrollo pertenecen a madres adolescentes, de hecho, se estima una fuerte tendencia mundial principalmente en América Latina y el Caribe (Mason-Jones et al., 2016). En México, el 17.5% (378, 444) de los embarazos corresponde a madres adolescentes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018) y más del 50% de las mujeres mexicanas ha experimentado un embarazo antes de los 20 años (Villalobos et al., 2017); esto coloca a México como el país con la mayor tasa de fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años, con 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes, esto significa un índice cinco veces más alto que el promedio (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2017).

Como consecuencia, el embarazo adolescente está asociado a una mayor probabilidad de mortalidad materna y a un aborto en condiciones inseguras. Además de afectar su salud, también impacta en su educación, proyecto de vida, relaciones sociales, culturales y economía (Secretaría de Salud, 2017). Ser madre o padre adolescente condiciona un estado de vulnerabilidad por la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa, la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. También, se puede continuar con el círculo de pobreza, o iniciarlo cuando la economía doméstica no los podrá proteger por falta de empleo, redes sociales de apoyo, entre otros. Por otro lado, los hijos de padres adolescentes son expuestos a condiciones adversas que afectan su desarrollo (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2021).

Como respuesta al alto índice de ITS, VIH y embarazos en adolescentes, en el año 2015, el gobierno de la República Mexicana creó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) con el objetivo de eliminar los embarazos en niñas de 10 a 14 años y disminuir a la mitad la tasa de fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años para el año 2030 (INMUJERES, 2021). A pesar de que la ENAPEA se muestra a favor de un diseño y desarrollo curricular inclusivo en las escuelas; donde se aborde la educación sexual y reproductiva, los libros escolares siguen teniendo una orientación biologicista (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2018) sin considerar aspectos psicosociales (Reyes et al., 2019).

Tampoco se ha contemplado la educación sexual como materia en el currículo académico de los docentes, siendo que estos son uno de los actores principales en la vida de los adolescentes, esto relega la educación sexual al contexto familiar, donde hablar de temas sexuales se sigue considerando un tabú (Fernández-Rouco et al., 2019). La UNESCO (2018) establece que la educación sexual en las instituciones educativas debe ser de carácter obligatorio, incluyendo componentes cognitivos, psicológicos, físicos y

sociales. El propósito es dotar a los adolescentes de “conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas”. Además, este tipo de enseñanza permite que la sexualidad sea vista como una parte natural del ser humano y no reducirla solo a la esfera de la reproducción (Serrão, 2009).

No obstante, los temas de sexualidad se delegan a los docentes a pesar de que estos refieren no contar con las suficientes competencias pedagógicas, psicológicas y de conocimiento. La evidencia científica sobre los docentes demuestra que algunos factores personales (edad, sexo, religión, estado civil y años laborando como docente), el grado de conocimiento sobre sexualidad y la concepción moralista expresada en conducta (su religión, comportamientos, valores, costumbres sociales y mitos) influye en la manera en la que imparte temas de sexualidad (Bittner & Meisert, 2021; Reyes et al., 2019; Thammaraksa et al., 2014).

El presente estudio considera variables que resultaron ser relevantes en otras intervenciones, en lo que respecta a las variables personales se encontró que la edad de los docentes influye en la metodología de la clase y en la percepción de los adolescentes, por ejemplo, los profesores de menor edad entienden mejor a los alumnos, les brindan más confianza, son más activos y hacen las clases más divertidas. En el caso de los profesores de mayor edad, son más disciplinados, no permiten la libre expresión del alumno, los métodos de enseñanza son anticuados y los alumnos no se sienten confiados de expresar sus dudas personales pues el docente solo se enfoca en dar la clase (Madrid, 2005).

En cuanto al sexo, a pesar de que diversos estudios en el extranjero (Bittner & Meisert, 2021; Martin et al., 2020; Oringanje et al., 2016; Thammaraksa et al., 2014) no identificaron diferencias significativas por sexo, se consideró relevante estudiar esta variable en el profesorado mexicano por cuestiones culturales. También, se encontró que

la religión es un predictor para explicar temas de sexualidad desde su punto de vista moralista, manipulando la información para una mayor aceptación social (Oringanje et al., 2016; Reyes et al., 2019).

Asimismo, estar casado y tener menos años laborando como docente aumenta las actitudes hacia la importancia de brindar educación sexual (Martin et al., 2020; Schutte et al., 2018). Madrid (2005) refiere que la experiencia es un dato importante, puesto que los más jóvenes sienten más empatía por las situaciones por las que pasan los adolescentes por lo que les es más fácil compartir temas sexuales. Por otro lado, aquellos con más años de experiencia son más rígidos con su asignatura por lo que no se toman el tiempo de hablar temas que no estén relacionados con su materia.

Revisiones sistemáticas reportan que existen muy pocos estudios que evalúen el nivel de conocimientos en los docentes (Flora, 2013; Furlanetto et al., 2018; Oringanje et al., 2016), refieren que es factor determinante para que se dé una mayor autoeficacia y habilidades para impartir temas sexuales. En este sentido incorporar esta variable da un panorama para conocer la confianza y seguridad para impartir temas sexuales. Un alto nivel de conocimiento permite resolver dudas durante toda su estancia laboral, esto sin importar el tipo de materia que imparta en la institución educativa (Bittner & Meisert, 2021; Fitzpatrick, 2018; Harrison et al., 2016; Martin et al., 2020; Schutte et al., 2018). Como resultado del alto grado de las variables antes mencionadas, los estudiantes mostraron conductas sexuales más seguras y solicitaban consejos a los docentes que les mostraron confianza aún si estos ya no les impartían clases.

En conjunto con lo anterior, los temas de sexualidad no siempre van de acuerdo con las particularidades pedagógicas y las cualidades de los docentes (Abreu, 2016; González, 2015). La evidencia científica demuestra que la concepción moralista de los docentes afecta en gran medida en la forma en como imparten las temáticas sexuales, es decir; su religión, comportamientos, valores, costumbres sociales, mitos y conocimientos sobre la sexualidad, están inmersos en la forma de enseñanza, de manera que influyen en

las decisiones de los adolescentes para actuar de cierta manera para que sea socialmente aceptable, dejando a un lado sus propias concepciones de la sexualidad (Reyes et al., 2019).

Estudios pedagógicos encontraron que los docentes tienen diferentes enfoques para enseñar temas sexuales, entre ellos se encuentran: el hedonista que ve la sexualidad como un aspecto natural y de placer del ser humano; el represivo-moralizante que se define por una inclinación religiosa y tradiciones patriarcales; el informativo-preventivo, que consiste en informar sin cerciorarse de un aprendizaje significativo; el pragmático que se encarga de informar y considerar los valores de cada sujeto para que tomen sus propias decisiones; y el enfoque alternativo-participativo, el cual imparte temas sexuales con orientación de género, derechos sexuales y culturales, es equitativo e inclusivo (Reyes et al., 2019; Rosales-Mendoza & Salinas-Quiroz, 2017).

La evidencia cualitativa confirma que los mismos docentes mencionan sentirse incompetentes en el tema, con muchas dudas, con miedo de que los estudiantes pregunten y dudan de cuáles estrategias pedagógicas emplear para su entrega, por lo que se ajustan solamente a informar lo que se encuentra en los libros de texto, como: aspectos anatómicos, fisiológicos y patológicos. Otros docentes de sexo masculino se niegan a impartir materias que impliquen temas de sexualidad, debido a que los padres de familia consideran que están promoviendo el sexo con las estudiantes (Rosales-Mendoza & Salinas-Quiroz, 2017).

La mayoría de los docentes expresan la necesidad de formarse y actualizarse sobre estrategias didácticas para impartir temas sexuales, dado que para ellos significa una materia difícil de impartir desde el punto de vista social, cultural y de conocimiento. También, les gustaría aprender otros aspectos como: autoestima y actitudes para que sus estudiantes tengan conductas sexuales más seguras. A pesar de tener la iniciativa de aprender más sobre el tema, las instituciones educativas no les ofrecen cursos de formación ni tampoco han encontrado manuales sobre cómo enseñar educación sexual

(González, 2015; Rosales-Mendoza & Salinas-Quiroz, 2017). Además, existe un vacío en la literatura científica sobre estudios que utilicen instrumentos para evaluar el conocimiento sobre salud educación sexual en los docentes que imparten clases a adolescentes (Pássaro et al., 2019).

Por esta razón, se considera un área de oportunidad para buscar estrategias de intervención efectivas en el ámbito educativo que empoderen a los docentes en materia de educación sexual para disminuir la incidencia de ITS, VIH y embarazos involuntarios. La evidencia científica sobre intervenciones que capaciten a docentes sobre temas sexuales es insuficiente, pero existen algunos estudios relevantes; se encontró que las intervenciones más exitosas utilizaron factores de tipo personal, ambiental y conductual para poder predecir y explicar el comportamiento sexual en diferentes poblacionales.

Por ejemplo, las intervenciones que consideraron los factores personales (aspectos cognitivos, afectivos y biológicos) a través de: 1) el manejo de la información sobre el VIH y el sida, 2) las formas de manejar las presiones sociales sobre como ejercer la sexualidad, 3) el desarrollo de las habilidades de rechazo y negociación, y 4) las formas de comunicarse asertivamente con amigos y posibles parejas sexuales, lograron retrasar el inicio de vida sexual (IVS), disminuir el número de parejas y encuentros sexuales y aumentar el uso del condón (Jenner et al., 2016; Milburn et al., 2012; Minnis et al., 2014).

Los estudios que utilizaron los factores ambientales a través de las creencias culturales, el familiarismo, las expectativas de roles de género y el machismo, consiguieron incrementar el conocimiento sobre las ITS, el VIH y el embarazo, la comunicación sexual entre la pareja y la familia, el uso consistente del condón y retrasaron el inicio de vida sexual (Champion & Collins, 2012; Coyle et al., 2013; Milburn et al., 2012). Las intervenciones que utilizaron el factor conducta (motivación, expectativas de resultado y autoeficacia) se clasificaron en tres grupos; por edad

(12 a 14 y 15 a 18), por sexo (femenino o ambos sexos) y por lugar de aplicación (comunidad o escuelas). A continuación, se describen algunos ejemplos.

Los estudios con participantes de 12 a 14 años, utilizaron los componentes de expectativas de resultado y autoeficacia, logrando aumentar la consistencia del uso del condón (Coyle et al., 2013; Glassman et al., 2014), mientras que los estudios con participantes de 14 a 18 años que manejaron la motivación y la autoeficacia consiguieron disminuir el número de parejas y encuentros sexuales y aumentar la intención de utilizar el condón en su próximo encuentro (Milburn et al., 2012; Tingey et al., 2015, 2017).

En cuanto al sexo, las investigaciones que consideraron solamente mujeres se centraron en modificar las creencias y actitudes hacia el condón, logrando aumentar su uso y reducir la cantidad de parejas sexuales (Champion & Collins, 2012; Javier et al., 2016). Por otro lado, las que consideraron ambos sexos (Coyle et al., 2013; Milburn et al., 2012) se enfocaron en el desarrollo de habilidades para negociar el uso del condón y rechazar conductas sexuales de riesgo, como resultado fueron efectivas al aumentar el conocimiento sobre las ITS, disminuir las parejas y encuentros sexuales e incrementar el uso del condón. Por lo anterior, se demostró que aquellas intervenciones que incluyeron ambos sexos fueron más efectivas dada su alta probabilidad de éxito en la reducción de conductas sexuales de riesgo (Tingey et al., 2017).

Referente al lugar de aplicación, los estudios que se realizaron en la comunidad y contaron con la participación de los padres, consiguieron incrementar el uso del condón y reducir la cantidad de parejas sexuales a través del manejo de las actitudes, creencias normativas y la autoeficacia (Champion & Collins, 2012; Tingey et al., 2015). Mientras que, las intervenciones que se realizaron en instituciones educativas como *¡Cuídate!* (Villarruel et al., 2006) y *Be proud!, Be responsible!* (Jemmott et al., 2010), al reforzar la autoeficacia y las habilidades para practicar relaciones sexuales más seguras y/o la postergación del IVS, consiguieron ser efectivas al mejorar el conocimiento sobre las

ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el condón, la comunicación sexual entre la pareja, uso consistente del condón, autoeficacia y habilidades para practicar relaciones sexuales más seguras y/o la abstinencia.

Se identificó que la mayoría de las intervenciones que se realizaron en instituciones educativas y que utilizaron la Teoría Cognitiva Social (TCS) de Bandura (1986) resultaron ser de las más exitosas y sostenibles para reducir las conductas sexuales de riesgo y aumentar el conocimiento sobre las ITS, VIH y el embarazo, a través del manejo de la autoeficacia y modificación de la conducta. Por ello, el contexto educativo se considera como el marco ideal para llevar a cabo intervenciones de educación sexual dada su capacidad de llegar a grandes grupos y tener un rol en la socialización y desarrollo de los adolescentes (Fonner et al., 2014; Mason-Jones et al., 2016).

Con base a lo anterior, los docentes son uno de los actores principales en la educación académica y social de sus estudiantes, gestionan un aprendizaje responsable y actualizado a través de la guía y la orientación de experiencias personales (Pássaro et al., 2019). La mayoría de los docentes tienen un vínculo emocional con sus estudiantes por lo que transmiten información al grupo objetivo de una manera más creíble y atractiva (Serrão, 2009). La educación sexual impartida por los docentes se ha reconocido como un enfoque prometedor al tener un efecto beneficioso en el comportamiento sexual de sus alumnos, considerando que tienen la ventaja de transmitir la información durante toda la estancia laboral y los estudiantes pueden generar un vínculo de confianza donde pueden recurrir al docente para aclarar sus dudas (Leent, 2017; Rizo-Baeza et al., 2018; Thammaraksa et al., 2014; Xiong et al., 2020).

No obstante, algunos autores (Joseph, 2016; Mirzazadeh, 2017) encontraron que generalmente los docentes no se sienten confiados al orientar sobre temas de salud sexual, mencionan sentirse avergonzados, mal informados e inseguros de qué decir o cómo hacerlo, a su vez, los estudiantes se sienten apenados de preguntar a sus docentes

sobre temas de sexualidad dado que estos no les ofrecen la confianza para expresar sus dudas (Burns & Hendriks, 2018). Por lo tanto, la eficacia de los programas escolares en salud sexual depende en gran medida de las habilidades, motivación, actitudes, preparación y comodidad de los docentes (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2018).

Durante la revisión de la literatura científica se encontró que las intervenciones de educación sexual que capacitaron a docentes y evaluaron a estudiantes (Mathews et al., 2012; Nagamatsu et al., 2011) al igual que las intervenciones que capacitaron y evaluaron a docentes utilizaron en su mayoría la TCS (Thammaraksa et al., 2014). Mientras que las intervenciones dirigidas por los investigadores y que evaluaron a estudiantes utilizaron diversas teorías incluida la TCS (Jemmott et al., 2010; Norton et al., 2012).

Se encontró que la intervención *¡Cuidate!* es un programa educativo de alta calidad en los Estados Unidos que ha demostrado ser eficaz en adolescentes mexicanos al prevenir las ITS, VIH y el embarazo, así como postergar el IVS a través de manejo de las actitudes, autoeficacia, habilidades conductuales y el apoyo familiar (Gallegos et al., 2008; Villarruel et al., 2006). El programa utiliza como sustento la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986), la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) y la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991).

Diversos artículos científicos apoyan la eficacia de *¡Cuidate!* al aumentar el conocimiento sobre las ITS, VIH y el embarazo (Serowoky et al., 2015), las actitudes y la autoeficacia hacia el uso del condón (Espada et al., 2015; Kelsey et al., 2016; Serowoky et al., 2015), la comunicación para promover comportamientos sexuales más seguros (Morales et al., 2017; Villarruel et al., 2008), el uso consistente del condón (Espada et al., 2017; Morales et al., 2017; Serowoky et al., 2015) y la postergación del IVS (Espada et al., 2015).

El programa *¡Cuídate!* está diseñado para ser dirigido por docentes u otros educadores, estos deben recibir una capacitación previa acerca de la información del programa, como colocar correctamente un condón y como replicar la intervención con el grupo previsto. La puesta en práctica del programa promete el éxito de la intervención, al reportar una disminución en las conductas sexuales de riesgo, incrementar el conocimiento acerca de las ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la autoeficacia para tomar decisiones, el uso consistente del condón, así como postergar el IVS (Espada et al., 2015). A pesar de que *¡Cuídate!* enfatiza la importancia de los docentes debido a su cercanía con los adolescentes, no se encontró literatura que replicara la intervención a través de estos.

Con base a lo anterior, se justifica desarrollar una intervención de educación sexual en los docentes para fortalecer su conocimiento sobre las ITS, el VIH y el embarazo, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual, para que posteriormente puedan replicar el programa *¡Cuídate!* a sus estudiantes con el fin de prevenir conductas sexuales de riesgo y/o postergar el IVS. El personal de enfermería se considera el profesional de la salud idóneo para participar en este tipo de intervención dada su función educativa que implica diseñar, planificar y participar en programas de educación (Soto et al., 2018).

De acuerdo con lo anterior, el propósito del presente estudio es probar la factibilidad, aceptabilidad y diferencia entre el pre, post y seguimiento al mes de una intervención en el contexto educativo dirigida a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón, adicionalmente se busca postergar el IVS.

Marco Teórico

El sustento teórico del estudio se basó en la Teoría Cognitiva Social (TCS) de Albert Bandura (1986), la cual es consistente con los conceptos del programa de intervención *¡Cuidate!* (Villarruel et al., 2006). A continuación, se describen los constructos y relaciones de la TCS, así como su subestructuración de acuerdo con los pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1991). Después, se muestra el Modelo Lógico de la Intervención y el Modelo de Adaptación de McKleroy et al. (2006) para guiar la intervención y adaptar el componente docente.

Teoría Cognitiva Social

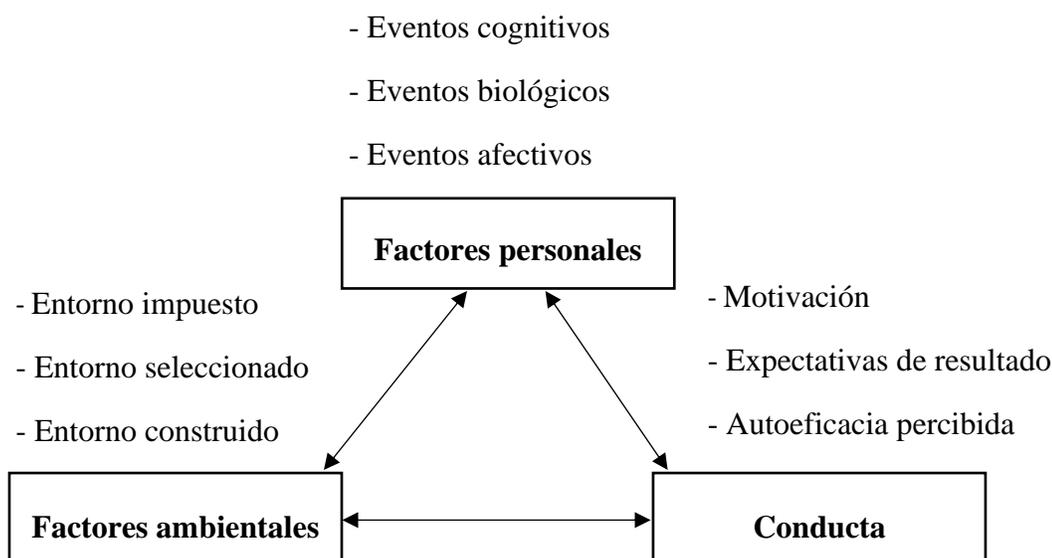
La TCS ha sido utilizada previamente para explicar y predecir conductas vinculadas con la salud. Esta teoría explica el funcionamiento psicosocial en términos de un modelo de causalidad triádica recíproca, el cual está compuesto por tres constructos o factores; los personales, ambientales y conductuales (Figura 1), a su vez, estos operan como determinantes interactivos que se influyen mutuamente de forma bidireccional para lograr un aprendizaje y posteriormente una conducta. La reciprocidad no significa que las diferentes fuentes de influencia tengan la misma fuerza, tampoco las influencias recíprocas se producen simultáneamente. Se necesita tiempo para que un factor causal ejerza su influencia y active las influencias recíprocas; debido a la bidireccionalidad de la influencia, las personas son a la vez productos y productores de su entorno (Bandura, 1986).

La TCS cuenta con tres supuestos: a) el nivel más alto de aprendizaje observacional se logra organizando y ensayando primero el comportamiento modelado simbólicamente y luego expresándolo abiertamente. La codificación del comportamiento modelado en palabras, etiquetas o imágenes da como resultado una mejor retención que simplemente observar, b) es más probable que las personas adopten un comportamiento modelado si este resulta positivo, c) es más probable que las personas adopten un

comportamiento modelado si el modelo es similar al observador y ha admirado el estado y el comportamiento tiene un valor funcional (Bandura, 1986).

Figura 1

Modelo de Causalidad Triádica Recíproca



Nota. Constructos y conceptos de la teoría y la relación entre estos. Tomado de *Teoría Social Cognitiva de la Gestión de las Organizaciones* (p.362), por Wood y Bandura, 1989, Revisión de la Academia de Gestión.

De acuerdo con Bandura (1986) los factores personales se enfocan en como los individuos operan cognitivamente en base a sus experiencias sociales y cómo estas cogniciones influyen en el comportamiento y en el desarrollo; se considera como factores personales a los eventos cognitivos, afectivos y biológicos (Bandura, 1999). Los eventos cognitivos son los procesos de estados de regulación emocional y manejo de estados emocionales, es decir, la manera en cómo el individuo adquiere, organiza y usa la información (Bandura, 1994).

Por ejemplo, en qué modalidades presentar la información y si el aprendizaje se logra mejor de manera independiente, cooperativa o competitiva. Los observadores pueden adquirir actitudes duraderas y tendencias emocionales y de comportamiento hacia las personas, lugares o cosas que han sido asociadas con las experiencias emocionales modeladas. Los eventos cognitivos se rigen por la auto creencia de la eficacia, el establecimiento de metas personales y la calidad del pensamiento analítico, mientras que los eventos afectivos se refieren a las reacciones y lazos emocionales, valores, normas personales, por último las características biológicas se refieren a las características físicas con las que se nace como la edad y el sexo (Bandura, 1999).

El segundo factor; factores ambientales, hace referencia a las circunstancias de la situación, las limitaciones y las oportunidades socio estructurales que influyen en la capacidad del individuo para completar con éxito un comportamiento. La TCS distingue tres tipos de estructuras ambientales: entorno impuesto, entorno seleccionado y entorno construido; el entorno físico y socio estructuralmente impuesto es el que se atribuye a las personas, les guste o no, aunque tiene poco control sobre su presencia, tienen libertad de acción en la forma en que lo construyen y reaccionan a él. El entorno seleccionado son las actividades y ambiente elegido por el individuo y por último el entorno construido se refiere a los entornos sociales y sistemas institucionales. Esta construcción de ambientes afecta la naturaleza de la interacción recíproca entre los factores personales, ambientales y de comportamiento, de esta manera la manipulación del entorno puede influenciar en lo que una persona puede llegar a convertirse (Bandura, 1999).

Bandura (1977) postula que la conducta se adquiere y regula mediante tres procesos cognitivos: motivación, expectativas de resultado y autoeficacia, en este sentido, la motivación determina si las habilidades adquiridas serán utilizadas para ejercer una conducta, en otras palabras, los individuos se sienten motivados por los éxitos de otros y tienden a imitarlos, en caso contrario si ven consecuencias negativas evitan la conducta en cuestión (Wood & Bandura, 1989). Por otro lado, las expectativas

de resultado se definen como la capacidad de representar las consecuencias futuras de una determinada conducta, es decir, las creencias de una persona acerca de que una determinada conducta producirá determinados resultados. Por último, la autoeficacia percibida se refiere a la creencia de las personas en su capacidad para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre los acontecimientos de su vida; es más probable que se produzca un aprendizaje si el modelo a seguir muestra autoeficacia (Bandura, 1977, 1986).

La autoeficacia percibida es un factor que ocupa un lugar central en el proceso de adopción de una nueva conducta, este concepto ha sido adaptado a la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas de salud, entre ellas las relacionadas con la sexualidad (Thammaraksa et al., 2014). Para tener éxito, no sólo hay que poseer las aptitudes necesarias, sino también una firme creencia en la propia capacidad de ejercer control sobre los acontecimientos para lograr los objetivos deseados, por consiguiente, las personas con las mismas aptitudes pueden tener un rendimiento deficiente, adecuado o extraordinario, según si su autoconfianza en la eficacia aumenta o disminuye su motivación y sus esfuerzos por resolver problemas (Wood & Bandura, 1989).

Existen cuatro estrategias para aumentar la autoeficacia percibida (Bandura, 1997): a) la experiencia de dominio, que es la experiencia directa, b) la experiencia indirecta, que es aprender del éxito de otros en la realización de las mismas tareas o actividades, c) la persuasión verbal, que es sugerir, explicar, persuadir o complementar la capacidad de otras personas y d) la excitación emocional, que se refiere a estimular la preparación física y emocional para realizar la tarea. Tanto la motivación, las expectativas de resultado y la autoeficacia influyen en el inicio y persistencia de una conducta de afrontamiento.

La literatura científica ha demostrado que, mediante el aumento de la motivación, actitudes, autoeficacia y habilidades para impartir educación sexual, los docentes

desarrollan un alto grado de optimismo, un mejor desempeño cognitivo, toma de decisiones y logro de la meta (Pássaro et al., 2019; Thammaraksa et al., 2014). Una vez que se inicia un proceso, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas que aquellos que tienen menor autoeficacia (Mathews et al., 2012).

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó una subestructuración de la Teoría Cognitiva Social de acuerdo con los cuatro pasos establecidos por Dulock y Holzemer (1991): 1) identificar los constructos y conceptos a estudiar, 2) definir las relaciones entre los constructos y conceptos, 3) operacionalizar los conceptos con los indicadores empíricos y 4) representar gráficamente los constructos, conceptos e indicadores empíricos. Los conceptos de la teoría se redefinieron con el apoyo de la literatura científica para ayudar a explicar teóricamente los conceptos que utiliza la intervención *¡Cúdate!* y que se crearon en *Soy capaz*.

Desarrollo de la Subestructuración Teórica

Paso 1: Identificar los Constructos y Conceptos a Estudiar. El primer paso para el desarrollo de la subestructuración teórica es identificar los constructos y conceptos a estudiar. Para el presente estudio se tomaron los constructos y algunos conceptos que integran la TCS; *factores personales*: cognitivos y biológicos, *ambientales*: entorno impuesto y *conducta*: expectativas de resultado y autoeficacia percibida.

Paso 2: Definir las Relaciones entre los Constructos y Conceptos. El segundo paso implica describir la relación que existe entre los constructos y conceptos; los factores personales y el medio ambiente, y como estos interactúan de forma recíproca para producir un aprendizaje y después una conducta. Ésta última se realizará con mayor seguridad y una actitud positiva si el modelo a seguir demuestra autoeficacia (Bandura, 1986).

Paso 3: Operacionalizar los Conceptos con los Indicadores Empíricos. Este paso muestra el sistema operacional, es decir la conceptualización de las variables de la Teoría Cognitiva Social y su redefinición para explicar teóricamente los conceptos que utiliza la intervención *¡Cuídate!* Primero se muestran las variables de los adolescentes y posteriormente las tres variables que se adaptaron para los docentes.

Actitudes hacia el Uso del Condón. Para Bandura (1986) uno de los componentes más importantes de los factores personales cognitivos es la actitud, esta se define como la reacción que tiene un individuo hacia las cosas, situaciones o personas, y tiene una orientación favorable, desfavorable, o neutral. El aspecto cognitivo se refiere a la forma en como es percibido el objeto actitudinal, es decir, al conjunto de creencias y opiniones que la persona posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo; por otro lado, el aspecto afectivo se define como los sentimientos de aceptación, rechazo o neutralidad, y el componente conductual hace referencia a los comportamientos hacia el objeto de actitud (Bandura, 1986).

En la TCS la actitud se encuentra inmersa en el constructo de factores personales, las actitudes pueden desarrollarse y alterarse a través de la exposición repetida de preferencias modeladas y tiene un papel motivacional en la conducta influyendo en la percepción y el pensamiento. Para que una conducta se pueda llevar a cabo se requiere de actitudes positivas y convicción para la meta en cuestión (Bandura, 1986). Algunos autores (Harrison et al., 2016; Mathews et al., 2012; Pássaro et al., 2019) han tomado la variable actitud para explicar los sentimientos que tienen los adolescentes hacia ciertas conductas sexuales, por ejemplo, el uso del condón.

Coyle et al. (2013) definieron la variable actitudes hacia el condón en la población adolescente como la postura que toma una persona hacia la adopción de comportamientos de protección; esto puede manifestarse con la aceptación, rechazo o inhibición. La aceptación del uso del condón se ve reflejada en los adolescentes que tienen mayor conocimiento sobre el VIH/sida, quienes ya han tenido una ITS, quienes lo

han usado previamente y en quienes están más conscientes de sus beneficios. Las razones para su rechazo incluyen la falta de habilidad para negociar, culpa, vergüenza al comprarlos, miedo, ansiedad, incomodidad, insensibilidad durante el coito, la interrupción de la actividad sexual y el hecho de no estar disponibles cuando se necesitan, por otro lado, la inhibición se presenta cuando las actitudes no son de aceptación ni de rechazo (Ross, 1992; Sharma et al., 2017).

Durante la adolescencia las mujeres cuentan con actitudes más favorables hacia el uso del condón debido a que tienen mayor temor a quedar embarazadas que a contraer una ITS, esto se puede deber a los roles de género y al apoyo familiar (French & Holland, 2013), en otras palabras, existe una influencia positiva entre las actitudes hacia el uso del condón y la autoeficacia (Ajayi & Olamijuwon, 2019; Ritchwood et al., 2016). En contraparte, los adolescentes que sienten vergüenza de usar el condón tienden a no comunicarlo con su pareja sexual y lo usan básicamente en relaciones ocasionales, esto se presenta mayormente en los jóvenes con menor experiencia sexual (Asare, 2015; Champion & Collins, 2012; Tingey et al., 2015). Para el presente estudio las *actitudes hacia el uso del condón* se refieren a la valoración positiva, negativa o neutra que tiene el adolescente acerca del uso del condón. Para la evaluación de esta variable se utilizó la subescala de Actitudes de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (Robles et al., 2011).

Postergación del inicio de la vida sexual. Los factores personales cognitivos son los procesos de estados de regulación y manejo emocional, se rigen por la auto creencia de la eficacia, el establecimiento de metas personales y la calidad del pensamiento analítico (Bandura, 1994). Están sujetos a valoraciones internas e implican razonar detalladamente una situación para poder actuar de una manera determinada, en el campo de la salud sexual y reproductiva se considera a la postergación del IVS como la decisión propia de reservarse de tener relaciones sexuales vaginales, anales y orales hasta un tiempo más tarde en la vida cuando se esté más preparado para manejar las

consecuencias de las prácticas sexuales (Villarruel et al., 2006). Asimismo, se considera como la manera más confiable de evitar un embarazo o la transmisión de las ITS, no obstante, se requiere de motivación y desarrollo de habilidades para evitar las presiones sociales (Espada et al., 2017).

La postergación del inicio de vida sexual se ve afectada por las actitudes y el apoyo familiar, de manera que las actitudes hacia el comportamiento se muestran como el reflejo de creencias conductuales sobre las consecuencias a realizar el comportamiento. Por otro lado, el apoyo familiar refuerza las creencias normativas sobre si las personas que rodean al adolescente aprobarían o desaprobarían el comportamiento (Spears et al., 2017), por lo tanto, los adolescentes que posponen la vida sexual coital son personas maduras y conscientes de los riesgos que implica (Estupiñán-Aponte et al., 2012). Para el presente estudio la *postergación del inicio de la vida sexual* consiste en reservarse de tener relaciones sexuales vaginales, anales y orales hasta un tiempo más tarde en la vida cuando el adolescente esté más preparado para manejar las consecuencias de las prácticas sexuales; se midió con la Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente.

Comunicación Sexual con la Pareja. Bandura (2006) sostiene que uno de los componentes más importantes que poseen los factores personales cognitivos es la habilidad de comunicación, esta se define como la conducta verbal para intercambiar información, opiniones o sentimientos entre dos o más sujetos. De acuerdo con Bandura (1994), las habilidades de comunicación se desempeñan como una herramienta protectora de conductas de riesgo y es un fuerte determinante para que ocurra o no una conducta. En el campo de la salud se encontró que la comunicación sexual con la pareja promueve una toma de decisiones sexuales más segura respecto al uso del condón y prevención de las ITS, VIH y embarazos.

Noar et al. (2006) definen la comunicación sexual como la capacidad de discutir y negociar sobre relaciones sexuales más seguras con un compañero, lo que

se traduce en un intento de convencimiento, en el que un miembro de la pareja trata de persuadir al otro de realizar conductas sexuales seguras. Existe evidencia de que la comunicación sexual con la pareja promueve la toma de decisiones responsables, y comunicación sexual abierta con la familia nuclear aumenta la confianza para conversar con la pareja.

Por lo tanto, la familia es una fuente fundamental de comunicación para los adolescentes, si esto sucede de manera eficaz se genera un aumento del conocimiento, así como de la autoeficacia y las actitudes para el sexo seguro y una mayor comunicación con la pareja sexual (Commendador, 2010; Dilorio et al., 2003). Para el presente trabajo, la *comunicación sexual con la pareja* se define como la capacidad del adolescente para discutir y negociar temas de sexualidad con su pareja acerca del uso del condón y como prevenir las ITS, VIH y embarazo; se midió con la Escala de Comunicación entre Parejas (Milhausen et al., 2007).

Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y Embarazo. De acuerdo con la TCS los factores personales cognitivos, se determinan por el pensamiento analítico, es decir, en cómo el sujeto adquiere, organiza y usa su conocimiento (Bandura, 1986, 1994). La calidad del pensamiento analítico está influenciada por la motivación, la autoeficacia y el establecimiento de metas personales, por lo que, al usar correctamente el pensamiento analítico es posible organizar el conocimiento y predecir cuales podrían ser los resultados de realizar una conducta específica (Bandura, 1989). Por ejemplo, aquellos adolescentes que recibieron información acerca de los beneficios del uso del condón y además se les mostró como organizar y emplear su conocimiento mostraron una reducción en las conductas sexuales de riesgo (Bryan et al., 2006), en caso contrario, aquellos que solo recibieron la información no mostraron cambios positivos en sus conductas sexuales (Duflo et al., 2015).

Se comprobó que a los adolescentes que se les mostró la información y dinámicas sobre como concebir el embarazo y las vías de transmisión de las ITS y el

VIH, así como su sintomatología y manifestaciones físicas, aumentaron las intenciones y actitudes favorables hacia las conductas sexuales seguras (Jemmott et al., 1992). Para este estudio el *conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo* se entiende como la información que el adolescente adquiere, organiza y emplea, sobre cómo se concibe el embarazo y como se transmite, previene e identifica una ITS y el VIH para poder tomar decisiones sobre conductas de sexo seguro; se evaluó con el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992).

Apoyo Familiar al Riesgo Sexual. Bandura distingue tres tipos de entornos ambientales; seleccionado, construido e impuesto. Este último se define como las circunstancias, limitaciones y oportunidades socio estructurales en las que el individuo nace, crece y se desarrolla, sin tomar en cuenta sus preferencias de elección (Bandura, 1997). Dicho entorno se comprende principalmente por la familia la cual se considera como una fuente de apoyo para prevenir los riesgos de incurrir en comportamientos que atenten contra la salud y puedan brindar apoyo a las necesidades de los adolescentes (Hammack et al., 2018; Musitu & Cava, 2003; Páramo, 2011). En la salud sexual, el apoyo familiar incluye las características de la familia que ayudan al desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud y pueden contrarrestar conductas de riesgo (Champion & Collins, 2012; Milburn et al., 2012; Páramo, 2011).

Cutrona y Russell (1987) establecieron que el apoyo familiar al riesgo sexual es la confianza que tiene el adolescente hacia su familia para hablar y solicitar de sus consejos sobre el sexo seguro. En situaciones de crisis y de riesgo los adolescentes dependen en gran medida de su red familiar de apoyo, por lo tanto, sentirse emocionalmente unido y apoyado por su familia motiva las prácticas sexuales seguras. La prevención integral de las ITS y el embarazo con un enfoque en los valores de apoyo familiar al riesgo sexual tiene un efecto en la reducción de conductas sexuales de riesgo, retrasa el IVS y mejora las actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón (Goesling et al., 2014).

Para el presente trabajo el *apoyo familiar al riesgo sexual* se refiere a la percepción del adolescente hacia las relaciones afectivas de protección y cuidado que aporta la familia para influir en las conductas sexuales seguras o en la postergación del inicio de la vida sexual; se midió con la dimensión de Apoyo de la Familia de la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) la cual fue adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987).

Uso Consistente del Condón. De acuerdo con Bandura (1977) las expectativas de resultado de una conducta se refieren a la estimación que hace una persona de que una conducta conducirá a ciertos resultados. Para que la expectativa se intensifique se requiere de la adquisición de habilidades e incentivos adecuados. Las expectativas de resultado se han analizado en diferentes estudios que abordan las conductas en salud, por ejemplo, en la actividad física (Lebrero et al., 2019; Lim & Noh, 2017), en la salud mental (Lipson & Eisenberg, 2017), en dejar de fumar (Cox-Martin, 2020), en la educación sexual que ofrecen los docentes (Castillo et al., 2019) y en el uso consistente del condón para la prevención de las ITS, VIH y embarazos (Rocha-Rdz et al., 2017).

Milhausen et al. (2007) refiere que el uso consistente del condón implica emplearlo correctamente en todas las relaciones sexuales. La medición de la consistencia del uso del condón resulta de calcular el número de veces que se utilizó el condón en los últimos 30 días, dividido por el número de veces que la persona tuvo relaciones sexuales. El uso inconsistente o la falta del uso del condón puede conllevar a la transmisión de ITS debido a que el contagio puede ocurrir en un solo acto de relación sexual con una pareja infectada; a su vez, el uso incorrecto reduce el efecto protector de los condones ya que puede contribuir a que el condón se rompa, se salga o que se derrame el semen. El error más común que se comete al usar los condones es no usarlos durante todo el acto sexual; desde el comienzo del contacto sexual hasta después de la eyaculación (CDC, 2014).

El uso consistente del condón se considera un comportamiento determinante para el sexo seguro; sin embargo, existen muchas barreras reportadas para su uso, tales como actitudes negativas, falta de conocimiento sobre sus beneficios o como usarlo, dificultad para negociarlo, placer sexual reducido, problemas de ajuste, sensación de disconfort y dificultades de erección (Graham & Ingham, 2017; Stone et al., 2018). Para este estudio, en los adolescentes, el *uso consistente del condón* implica que el adolescente utilice correctamente el condón en las relaciones sexuales vaginales, anales u orales y durante todo el acto sexual (de principio a fin); se calculó con la Escala de Uso del Condón (Milhausen et al., 2007).

Autoeficacia del Adolescente para el Sexo Seguro. De acuerdo con Bandura (1977) la autoeficacia para realizar una conducta se entiende como el juicio de un individuo sobre sus capacidades, para organizar y ejecutar sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado, a su vez se considera como un mediador crucial en los procesos motivacionales y de aprendizaje para el desempeño de tareas complejas. Gran parte de la conducta está regulada por la premeditación de metas personales percibidas, las cuales están influidas por la autovaloración de las capacidades. Intentar enfrentarse a situaciones difíciles depende de la fuerza de sus creencias con respecto a su propia eficacia, mientras más fuerte es la autoeficacia percibida, mayor es su compromiso de lograrlas. Aquellos que tienen un alto sentido de eficacia visualizan resultados exitosos, en cambio, aquellos que dudan de su eficacia visualizan escenarios en los que fracasan (Ajayi & Olamijuwon, 2019).

En materia de salud la autoeficacia percibida representa la creencia de que uno mismo puede cambiar las conductas de riesgo a través de las propias habilidades, por ejemplo, en la salud sexual la prevención de conductas sexuales de riesgo depende en gran medida del nivel de autoeficacia percibida (López-Rosales, 2018). En este sentido, la autoeficacia asociada al sexo seguro se define como la confianza en la propia capacidad para rechazar conductas sexuales de riesgo (Sousa et al., 2018).

En la literatura se identificaron diversos factores que afectan de manera positiva la percepción de autoeficacia que tiene el adolescente para practicar el sexo seguro, esto incluye el apoyo familiar, la comunicación sexual con su pareja, la motivación, las actitudes hacia el condón y las habilidades para negociar actividades sexuales de menor riesgo. Estos elementos, además de influir en la autoeficacia, impactan en la percepción de la capacidad para desafiar las dificultades que pueden surgir antes, durante y después del encuentro sexual (Pérez-Jiménez et al., 2009).

Para el presente estudio la *autoeficacia del adolescente para el sexo seguro* se identifica como el nivel de confianza que tiene el adolescente para rechazar conductas sexuales de riesgo, usar correctamente el condón, negociar sexo seguro y conversar con sus padres sobre temas sexuales; se midió con la Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Además de las variables anteriores, se consideraron tres variables específicamente para los docentes:

Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y Embarazo. Según Bandura (1986, 1994) los factores personales; cognitivos, se determinan por el pensamiento analítico, es decir, en cómo el sujeto adquiere, organiza y usa su conocimiento. Las personas con conocimientos deficientes son vulnerables a las influencias erróneas y por ende a las malas decisiones, mientras que las personas con conocimientos vastos y firmes suelen ser influenciadores y seguros de su capacidad cognitiva (Wood & Bandura, 1989).

González (2008) señala que la persona que educa sobre sexualidad debe reunir determinadas características que garanticen la claridad y calidad en la información, entre ellas poseer conocimientos claros y actualizados, contar con técnicas pedagógicas para su entrega, no emitir juicios, crear un ambiente de confianza para dar pie a las preguntas y en el caso de que el público sea adolescente; conocer las consecuencias del embarazo a temprana edad. Para este estudio el *conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo* se entiende como la información que el docente adquiere, organiza y emplea, sobre cómo se concibe el embarazo y como se transmite, previene e identifica una ITS y

el VIH; se evaluó con el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992).

Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual. Para Bandura (1977) la expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta requerida para producir los resultados deseados. Muchas expectativas se derivan de la experiencia vicaria; ver a otros realizar actividades amenazantes sin consecuencias adversas puede crear en los observadores la expectativa de que ellos también tendrán éxito si pierden el miedo o la vergüenza.

En el ámbito de la educación se ha encontrado que aquellos docentes que se sienten temerosos, inseguros y avergonzados de transmitir algún tema tienden a traspasar estas emociones a sus alumnos (Xiong et al., 2020). Al respecto, la autoeficacia del docente se define como la auto creencia que tienen los docentes de sus capacidades, actitudes y habilidades para favorecer el aprendizaje en los estudiantes (Gibson & Dembo, 1984), por lo tanto, la capacidad de predicción de comportamientos futuros tiene mayor éxito si se tiene autoeficacia.

Según la literatura (Covarrubias & Mendoza, 2013; Tschannen-Moran & Johnson, 2011), los docentes pueden poseer dos tipos de percepciones sobre el agente causal de la educación; el primero se llama locus de control interno y se entiende como la percepción de que él es el responsable del fracaso o éxito de sus estudiantes, mientras que el segundo; locus de control externo, consideran que el entorno tiene una mayor influencia en el aprendizaje de los estudiantes, más que sus competencias pedagógicas.

En otras palabras, aquellos docentes con un adecuado locus interno saben la responsabilidad sobre el aprendizaje significativo, mientras que aquellos con un locus externo están conscientes que el aprendizaje no solo depende del alumno sino también de su entorno; familia, amigos, pareja, situación socioeconómica, entre otros. Por lo tanto, los docentes que tienen un adecuado locus interno y externo cuentan con una mayor autoeficacia para transmitir educación sexual. Con base a lo anterior, el

desempeño óptimo implica dos maneras de pensamiento, por un lado, sentirse capaces y por otro, juzgarse capaces; la mezcla de estos dos niveles significa un mayor conocimiento y gestión de las competencias, capacidades y habilidades que poseen de tal forma que la autoeficacia actúa como un mecanismo cognitivo mediador, entre sus conocimientos y su enseñanza (Bandura, 1999; Prieto, 2007).

Pássaro et al. (2019) definen el concepto de autoeficacia del docente para brindar educación sexual, como la percepción de la propia capacidad para ejecutar determinadas actividades de educación sexual, entre ellas; hablar abiertamente sin tabúes, crear un clima propicio para hablar temas sexuales, enseñar los riesgos que conlleva iniciar una vida sexual y orientar sobre los métodos anticonceptivos. Los docentes que tienen una fuerte percepción de autoeficacia muestran mayor seguridad para dialogar con sus estudiantes y orientarlos a solucionar problemas relacionados con la salud sexual, también se muestran preocupados por promover el aprendizaje en sus estudiantes y esperarán lo mejor de ellos. En caso contrario, los docentes que se sienten inseguros de sus capacidades y habilidades y además tienen representaciones negativas del proceso educativo, resultan en la desmotivación de sus estudiantes (Pintrich & Schunk, 2006; Xiong et al., 2020).

Para este trabajo, la *autoeficacia del docente para transmitir educación sexual* se entiende como la percepción que tiene el docente sobre su capacidad para hablar temas sexuales, crear un ambiente favorable para la educación sexual, enseñar los riesgos asociados a la sexualidad y orientar sobre el uso del condón. Se evaluó con el Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019).

Habilidades de Educación Sexual. Según Bandura (1977) las expectativas de resultado se refieren a la capacidad de un individuo para representar las consecuencias futuras de una determinada conducta; en cuestión, es más probable que se intensifique una expectativa de resultado y por consiguiente la ejecución de un comportamiento si la persona adquiere habilidades, motivación y aumenta su autoeficacia. Las expectativas de

resultado se han examinado en diferentes intervenciones que pretenden cambiar la conducta. Por ejemplo, la pedagogía estipula que el lenguaje pragmático hace referencia al uso socialmente apropiado del lenguaje en función del contexto en que las interacciones tienen lugar, por ende, un déficit en las habilidades pragmáticas genera un gran impacto sobre el ajuste psicosocial del receptor.

En otras palabras, una persona que cuenta con buenas habilidades pragmáticas es capaz de combinar diálogos y saber adaptarlos a los contextos sociales en los que interactúa (Rodríguez-Meirinhos & Ciria-Barreiro, 2018). De manera contraria, una persona con déficit en las habilidades pragmáticas muestra dificultad para explicar su conocimiento, no sigue reglas de discurso (por ejemplo, respetar los inicios y turnos conversacionales), no utiliza ejemplos o analogías para darse a entender y no retroalimenta al oyente (Rondal, 2014).

En consecuencia, las dificultades pragmáticas pueden afectar significativamente la calidad de los intercambios comunicativos y la comprensión de las relaciones sociales o el tema en cuestión, dificultando el desarrollo socioemocional y conductual de quienes las experimentan (Bakopoulou & Dockrell, 2016). Es decir, cuando el orador no tiene la habilidad de comunicar de manera efectiva o no tiene el conocimiento suficiente de un tema este puede pasarse por alto por los oyentes o inclusive puede cambiar su comportamiento de manera contraria a la que se desea.

Pássaro et al. (2019) definen las habilidades de educación sexual como las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes en relación con temas sexuales. Los docentes con mayores habilidades de educación sexual tienden a informar sobre temas sexuales cuando existe oportunidad, buscan información con el objetivo de aumentar sus conocimientos y muestran a sus estudiantes herramientas informativas, así mismo utilizan estrategias activas y explican la sexualidad como algo natural de las etapas de la vida. En consecuencia, los docentes que posean mayores habilidades se sentirán más competentes y cómodos para abordar temas relacionados con la sexualidad.

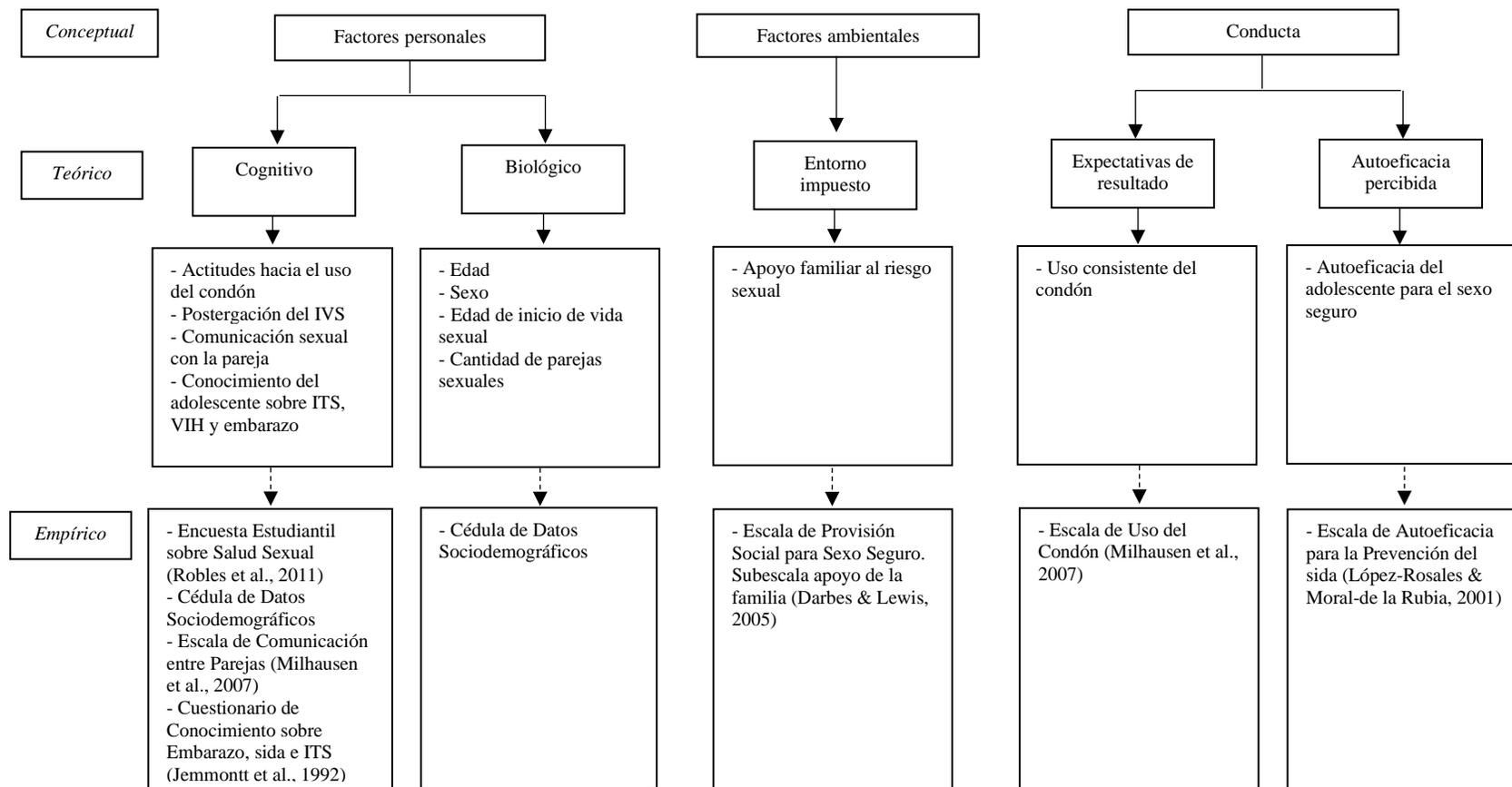
Para el presente estudio, las *habilidades de educación sexual* se definen como las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes para dialogar temas sexuales, buscar herramientas informativas, aplicar estrategias activas de enseñanza y crear un ambiente de interacción donde la sexualidad sea vista como algo natural; se midió con el Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019).

Paso 4: Representar gráficamente los constructos, conceptos e indicadores empíricos. En este paso se muestra la estructura jerárquica con los constructos, conceptos, redefinición de conceptos para el presente estudio y su medición. En el caso de los adolescentes, del constructo factores personales; eventos cognitivos, se redefinieron las actitudes hacia el uso del condón, la postergación del IVS, la comunicación sexual con la pareja y el conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo. De los eventos biológicos; se consideró la edad, el sexo, edad de inicio de vida sexual y cantidad de parejas sexuales. Del constructo factores ambientales; entorno impuesto, se subestructuró el concepto de apoyo familiar al riesgo sexual. Del constructo conducta; expectativas de resultado, se conceptualizó el uso consistente del condón, y de la autoeficacia percibida se subestructuró la autoeficacia del adolescente para el sexo seguro (Figura 2).

Para los docentes, del constructo; factores personales, eventos cognitivos, se redefinió el conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo. De los eventos biológicos; se consideró la edad, sexo, religión, estado civil y años laborando como profesor. Del constructo conducta; expectativas de resultado, se conceptualizó la variable habilidades de educación sexual y de la autoeficacia percibida se subestructuró autoeficacia del docente para transmitir educación sexual (Figura 3).

Figura 2

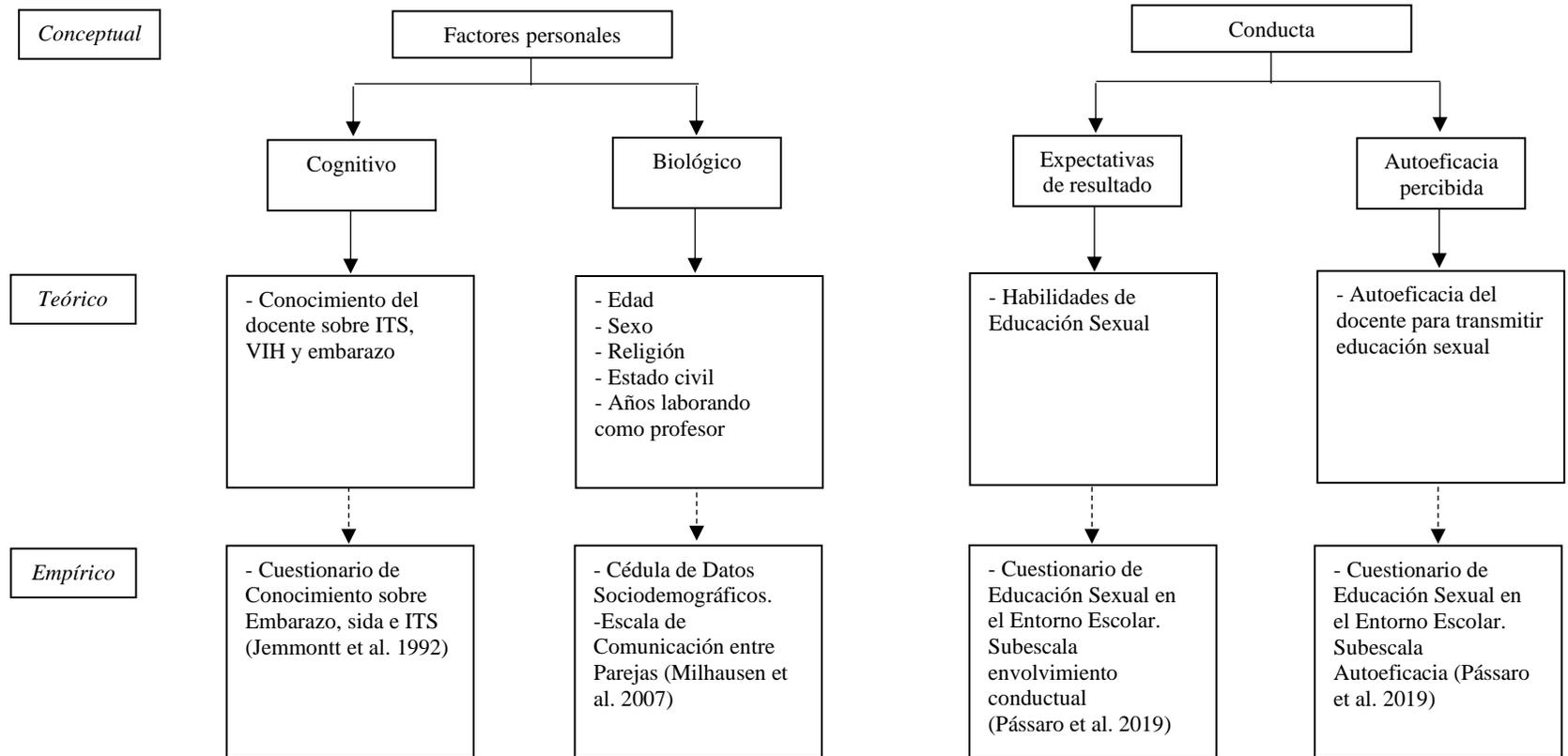
Esquematación del modelo de causalidad triádica recíproca con las variables de estudio del adolescente



Nota. Estructura conceptual teórica empírica de la Teoría Cognitiva Social con las variables del programa de intervención ¡Cuidate!

Figura 3

Esquematación del modelo de causalidad triádica recíproca con las variables de estudio del docente



Nota. Estructura conceptual teórica empírica de la Teoría Cognitiva Social con adaptación al programa de intervención *Soy capaz*

A pesar de que el programa *¡Cuídate!* está diseñado para ser transmitido por docentes u otros educadores, usualmente los investigadores son los que ofrecen los temas, además, no se prepara al facilitador para aumentar su seguridad y habilidades para impartir un programa de educación sexual. Por ello, el presente estudio contó con dos innovaciones; por un lado, ofrecer en primera instancia el curso *Soy capaz* con el objetivo de aumentar el conocimiento, las conductas positivas, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual de los docentes. Mientras que el programa *¡Cuídate!* contó con información actualizada, alfabetización mediática (adaptación para ser entregado de manera virtual), capacitación a los docentes para que sean los facilitadores del programa e integración de variables; sociodemográficas, autoeficacia y habilidades de educación sexual.

Modelo de Adaptación del Programa *¡Cuídate!*

La innovación del presente estudio consistió en actualizar la información de *¡Cuídate!* dado que es del año 2006, se adaptó para ser entregado de manera virtual, se capacitó a los docentes para que estos sean los facilitadores del programa (con el programa *Soy capaz*) y se integraron variables individuales sociodemográficas, así como autoeficacia y habilidades de educación sexual para los docentes. Previo a *¡Cuídate!* se les entregó el nuevo programa *Soy capaz* con el objetivo de aumentar el conocimiento, las conductas positivas, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual de los docentes.

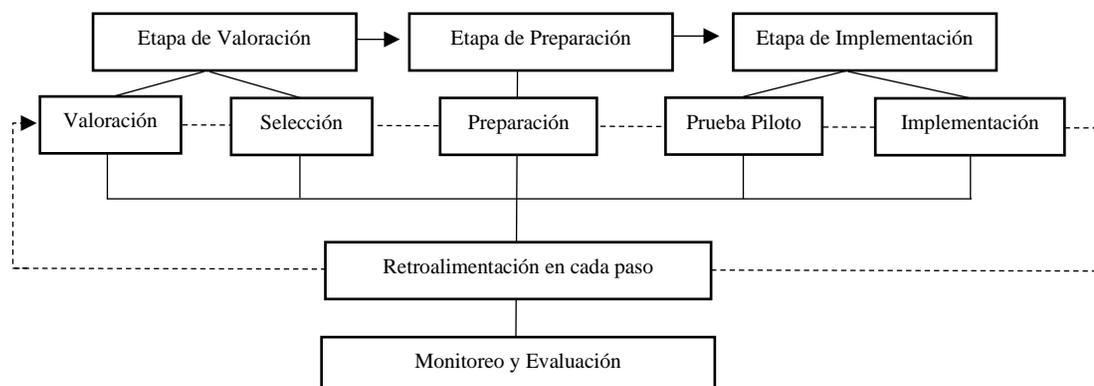
Rogers (1995) refiere que una adaptación es el nivel en el cual un proceso es modificado durante su implementación; una innovación pretende mejorar lo ya existente, y además, debe ser integrable en la cultura y el ambiente de aquellos que la van a adoptar. El proceso de adaptación puede incluir, eliminar, agregar, modificar componentes, cambiar la dosis o hacer cambios culturales (McKleroy et al., 2006), de acuerdo con lo anterior, *¡Cuídate!* será innovado por medio de la actualización de información, adaptación para ser entregado de forma virtual y agregar una población con

nuevas variables. Al respecto, el Modelo de Adaptación de McKleroy et al. (2006) se considera útil para delinear los resultados de la intervención y es válido para adaptar intervenciones basadas en evidencia que se pretenden implementar y evaluar en diferentes lugares o con nuevas poblaciones; este modelo propone tres etapas y cinco pasos para llevar a cabo el proceso de adaptación de una intervención, a continuación, se describe cada una de ellas (Figura 4).

Pasos de acción

El primer paso consistió en actualizar la información, por ejemplo, el significado de machismo y los riesgos del embarazo adolescente. El segundo paso constó en adaptar el programa a modalidad virtual para ser entregado mediante la plataforma ZOOM, en todo momento la información y las actividades conservaron su esencia. Se corrigió el currículo del facilitador de manera que el docente esté informado sobre la explicación, cronología y actividad de cada diapositiva.

El tercer paso consistió en valorar a los docentes, conocer sus horarios, la cantidad y el nivel académico de sus grupos. Se les aplicó una medición basal que incluyó instrumentos que incluyeron la medición de autoeficacia y habilidades en educación sexual. Se les brindó el programa *Soy capaz* y después se les dio la capacitación de *¡Cuidate!* donde se les proporcionó información del curso y como replicar el plan de estudios al grupo previsto, en este programa, se les capacitó sobre de cómo fortalecer los métodos de enseñanza interactivos, guiar discusiones grupales y mejorar las habilidades para discutir temas relacionados con la educación sexual y reproductiva. El cuarto paso fue realizar una prueba piloto con las respectivas modificaciones. El quinto paso consistió en implementar la intervención adaptada.

Figura 4*Modelo del Proceso de Adaptación*

Nota. Etapas y pasos para llevar a cabo el proceso de adaptación. Tomado de *Difusión de las innovaciones*. Por Rogers (1995), Free Press.

De acuerdo con Gitlin y Czaja (2016) existen siete fases para realizar una intervención; 1) prefase de descubrimiento y factibilidad, 2) probar los conceptos, 3) eficacia, 4) efectividad, 5) implementación, 6) diseminación y difusión, y 7) sostenibilidad. Como se mencionó anteriormente, el presente estudio replicó *¡Cúídate!*, a partir de la fase cinco, ya que la intervención ya ha sido probada en base a una teoría y existe evidencia de su eficacia.

Por lo tanto, las modificaciones para adaptar la intervención fueron las siguientes: actualización de la información, entrega en modalidad virtual, entrega previa del curso *Soy capaz* para aumentar en los docentes su conocimiento, autoeficacia y habilidades para brindar educación sexual para que de esta manera se sientan más seguros de impartir *¡Cúídate!* Posteriormente se ofreció la capacitación de *¡Cúídate!* a los docentes, para ello, la redacción y las dinámicas de las sesiones fueron modificadas, por ejemplo, se cambió: “hable con su hijo sobre los beneficios del uso del condón, siéntese junto a él y muéstrelle como se usa” a “Explique al grupo los beneficios del uso

del condón, muestre un video y después solicite que ordenen los pasos que se muestran en la diapositiva”. A pesar de las modificaciones en la redacción se guardó la esencia del contenido.

Dado que se agregaron dos nuevas variables a *¡Cuidate!* (autoeficacia y habilidades en educación sexual) se contempló pertinente medir la factibilidad para desarrollar la intervención con docentes, aceptabilidad por parte de los involucrados (docentes y estudiantes) y la diferencia entre el pre, post y seguimiento al mes. La factibilidad se refiere a la adecuación de la logística, es decir, que los recursos y procedimientos sean los indicados para llevar a cabo la intervención, su propósito es determinar la capacidad de efectuar los componentes y actividades del estudio según lo previsto e identificar las limitantes de su aplicación como: disponibilidad, calidad y capacitación de los facilitadores, recursos materiales, contexto de aplicación, barreras para la participación, fidelidad de la intervención, procedimiento del reclutamiento y recolección de datos (Sidani & Braden, 2011).

La factibilidad se midió a través de la Evaluación de la Factibilidad de la Intervención (Apéndice EE), mientras que la fidelidad de la intervención se analizó con la Evaluación de la Fidelidad de la Intervención (Apéndice DD). Por otra parte, la aceptabilidad se refiere a la percepción de los docentes y los adolescentes hacia a la intervención, ésta se valoró a través de cuatro indicadores: tasa de inscripción, tasa de retención, tasa de abandono y satisfacción con la intervención (Sidani & Braden, 2011). Se utilizó una encuesta de satisfacción (Fabrizio et al., 2013) para conocer si a los docentes y estudiantes les gustó el programa, si lo encontraron útil, si se sintieron satisfechos con los resultados de la intervención, si respondieron sus expectativas y si recomendasen la intervención a sus colegas o compañeros (Apéndice FF). Generalmente, una intervención es aceptable si los participantes la consideran apropiada, conveniente, eficaz, sin riesgos y con beneficios propios (Sidani & Braden, 2011).

Para la diferencia entre grupos de docentes se realizó una medición basal (pre-test), una segunda medición al concluir *Soy capaz*, otra al finalizar la réplica de *¡Cuidate!* (post-test) y una última evaluación de seguimiento un mes después. En el caso de los estudiantes la medición basal se midió antes de iniciar *¡Cuidate!*, al finalizar este y un mes después.

Modelo Lógico de la Intervención

El modelo lógico que se muestra a continuación es una técnica sistemática para generar una comprensión del diseño de la intervención a través de la especificación de las estrategias de intervención y el modo de ejecución, se integran las poblaciones de estudio y estrategias para llevar a cabo *Soy capaz* y *¡Cuidate!* a través de una organización coherente y significativa de actividades virtuales y especificando los resultados secundarios y primarios (Tabla 1). Para obtener una secuencia lógica de la intervención el modelo se desarrolló de acuerdo con los elementos propuestos por Sidani y Braden (2011), en la primer etapa; la estructura, se delimitaron los aspectos considerados para el desarrollo de la intervención, tales como las características individuales sociodemográficas, en los docentes se considera la edad, sexo, religión, estado civil y años laborando como docente; en el caso de los adolescentes se muestra el sexo, la edad, IVS y cantidad de parejas sexuales.

En el contexto de entrega, se contemplaron docentes de escuelas secundarias públicas pertenecientes al estado de Nuevo León, sin embargo, dada la poca respuesta la invitación se dio a conocer a través de redes sociales llegando a participar docentes de Nuevo León, Coahuila, Tamaulipas y Tabasco. Se implementaron los programas *Soy capaz* (dirigido solo a docentes) y *¡Cuidate!* (capacitación a docentes y réplica a sus estudiantes) con la adaptación a docentes (se integran las variables: Autoeficacia del Docente para Transmitir Educación Sexual y Habilidades de Educación Sexual). Ambos programas utilizaron como sustento teórico la Teoría Cognitiva Social y se entregaron de forma virtual a través de la plataforma ZOOM.

En la segunda etapa; proceso, se describen las sesiones del programa *Soy capaz y ¡Cuídate!* (capacitación) con sus respectivos objetivos, actividades y tiempo. Una vez que se lograron ambos objetivos, el docente replicó el programa *¡Cuídate!* a sus estudiantes para reforzar una conducta sexual segura a través de diferentes actividades virtuales como; preguntas intercaladas, juegos de roles, videos y discusiones grupales. Se enseñó a los estudiantes que si no eran capaces de comunicar y negociar relaciones sexuales más seguras y ceden a las peticiones de sus parejas tenían mayor riesgo de contraer una infección sexual o de embarazarse. Durante las actividades, el docente corrigió la información equivocada de los estudiantes.

En la última etapa: resultado, se muestran los resultados secundarios y primarios que se incluyeron en ambos programas, en el caso de los docentes el resultado secundario fue aumentar el conocimiento sobre ITS, VIH y embarazo, y la autoeficacia para transmitir educación sexual, mientras que el primario fue incrementar las habilidades de educación sexual. Por otro lado, los resultados secundarios del estudiante fueron: las actitudes hacia el uso del condón, la autoeficacia para el sexo seguro, la comunicación sexual con la pareja y el conocimiento sobre ITS, VIH y embarazo, mientras que los primarios fueron: postergación del inicio de la vida sexual o usar consistentemente el condón.

Tabla 1*Modelo lógico de la intervención*

Estructura →	Características de los docentes Características individuales y sociodemográficas	Contexto Escuelas secundarias públicas	Intervención 1.- <i>Soy capaz</i> 2.- Capacitación de <i>¡Cúidate!</i>	Marco Teórico Teoría Cognitiva Social y el Modelo de Adaptación
Proceso del docente →	Componentes de la intervención <i>Soy capaz</i> / Manual del docente para aumentar el conocimiento, la autoeficacia y las habilidades para brindar educación sexual a estudiantes adolescentes		Actividades de la intervención <i>Soy capaz</i> / dosis: cuatro sesiones de 60 minutos (Apéndice A)	
1. Soy capaz	<p>Sesión 1. Introducción y conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH Objetivos: Presentar al equipo y grupo de docentes. -Mostrar el contenido del programa. -Reforzar el conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH.</p> <p>Sesión 2. Barreras y conductas positivas hacia la educación sexual Objetivos: Conocer las barreras que limitan la educación sexual. -Mejorar el lenguaje corporal para transmitir temas sexuales con seguridad. -Fomentar las conductas positivas hacia la educación sexual.</p> <p>Sesión 3. Autoeficacia para impartir temas sexuales Objetivo: aumentar la propia seguridad para impartir temas sexuales</p>		<p>-Planteamiento de objetivos y activación de conocimientos previos para conocer aspectos relevantes de las conductas sexuales de riesgo.</p> <p>-Experiencias compartidas para identificar las barreras de comunicación -Discusión de caso para aumentar las conductas positivas para impartir temas sexuales.</p> <p>-Preguntas intercaladas para conocer el concepto de autoeficacia y sus beneficios. -Discusión y experiencias compartidas para aumentar su propia confianza para transmitir temas sexuales.</p>	

(Continúa)

Tabla 1

Modelo lógico de la intervención (Continuación)

Estructura →	Características de los docentes	Contexto	Intervención	Marco Teórico
	Características individuales y sociodemográficas	Escuelas secundarias públicas	1.- <i>Soy capaz</i> 2.- Capacitación de <i>¡Cuidate!</i>	Teoría Cognitiva Social y el Modelo de Adaptación
	Sesión 4. Habilidades en educación sexual Objetivo: Aumentar las habilidades para colocar el condón masculino. -Incrementar las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes en la educación sexual. -Conocer las manifestaciones del adolescente en caso de abuso sexual y el protocolo a seguir para su reporte.			-Ilustraciones y juego de cartas para conocer e identificar los pasos para la colocación correcta del condón masculino. -Discusión para debatir actividades del docente con relación a la educación sexual.
2. Capacitación de ¡Cuidate! →	Componentes de la intervención ¡Cuidate! / Manual de capacitación para el facilitador del proyecto			Actividades de la intervención ¡Cuidate! / dosis: seis sesiones de 60 minutos (Apéndice B)
	Sesión 1. Introducción y resumen Objetivo: identificar valores culturales			-Discusión sobre los valores culturales y las conductas sexuales.
	Sesión 2. Aumento de conocimientos sobre el VIH Objetivo: aumentar el conocimiento sobre la infección del VIH: transmisión, causas y prevención.			-Video reflexivo acerca de las formas de contagio de las ITS/VIH -Discusión sobre mitos y realidades del VIH/sida
	Sesión 3. Comprensión de la vulnerabilidad a la infección del VIH Objetivo: aumentar el entendimiento de los participantes de su responsabilidad sobre el comportamiento sexual seguro.			-Juego de roles y discusión para aumentar las actitudes positivas hacia el sexo seguro.
	Sesión 4. Actitudes y creencias sobre VIH/sida y el sexo más seguro Objetivo: examinar las actitudes y creencias culturales sobre el VIH, sida, y el sexo seguro.			-Juego de roles para aumentar las conductas sexuales seguras - Identificación de los niveles de riesgo de una variedad de conductas sexuales y no sexuales.
	Sesión 5. Aprendizaje sobre el uso correcto de los condones Objetivo: aumentar las habilidades y conocimientos de los participantes de cómo usar correctamente el condón y cómo hacer que su uso sea divertido y agradable.			-Discusión sobre los condones -Video y análisis de como colocar un condón masculino

(Continúa)

Tabla 1*Modelo lógico de la intervención (Continuación)*

Estructura →	Características de los docentes Características individuales y sociodemográficas	Contexto Escuelas secundarias públicas	Intervención 1.- <i>Soy capaz</i> 2.- Capacitación de <i>¡Cuidate!</i>	Marco Teórico Teoría Cognitiva Social y el Modelo de Adaptación
	Sesión 6. Desarrollo de estrategias de negociación y rechazo Objetivo: aumentar competencia al demostrar habilidades de negociación y rechazo.		-Discusión de excusas y respuestas ante situaciones sexuales de riesgo. -Juego de roles para negociar conductas sexuales seguras.	
Resultados en el docente →	Resultado secundario: -Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo -Autoeficacia para transmitir educación sexual		Resultado primario: -Habilidades de educación sexual	
Proceso Réplica ¡Cuidate! →	Réplica de la intervención ¡Cuidate! / Currículo del facilitador		Réplica de Actividades de la intervención ¡Cuidate! / dosis: un módulo de aproximadamente 60 minutos por semana, tiempo total de intervención; seis semanas (Apéndice C)	
Docente a estudiante				
Resultados en el estudiante →	Resultados secundarios: -Actitudes hacia el uso del condón -Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro -Comunicación sexual con la pareja -Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo		Resultados primarios: -Postergación del inicio de la vida sexual -Uso consistente del condón	

Nota. Técnica sistemática de estructura, proceso y resultados de la intervención.

Estudios Relacionados

En el siguiente apartado se presentan los estudios relacionados estructurados de acuerdo con los tres tipos de intervenciones: las que capacitaron docentes y evaluaron

estudiantes, las que capacitaron y evaluaron docentes y las que se impartieron por los investigadores del proyecto y evaluaron estudiantes. De manera conjunta, la revisión sistemática se centró en intervenciones que utilizaron variables como: educación sexual, conocimiento sobre ITS, VIH o embarazo, actitudes, autoeficacia, comunicación sexual, y uso del condón.

En su mayoría, las intervenciones se basaron en la TCS, se dividieron por grupo de edad, sexo y contexto. Se identificó que aquellas que se impartieron en un entorno educativo fueron más exitosas y sostenibles en comparación con las que se realizaron en la comunidad. En cuanto a la logística de las sesiones; el mínimo de sesiones incluidas en un programa fue de cinco y el máximo 15, siendo las de aplicación escolar las de mayor duración. Así también, la duración de cada lección varió entre 40 y 120 minutos, y el total de horas que contenía cada curso osciló entre las cinco y las 26 horas.

A continuación, se muestran los estudios relacionados por cada tipo de intervención, primero se describen las intervenciones que capacitaron a docentes y evaluaron a estudiantes, después las que capacitaron y evaluaron docentes y finalmente las que fueron dirigidas por los investigadores del estudio y evaluaron a los estudiantes. Después de cada sección se presenta una síntesis de los datos más relevantes.

Intervenciones que Capacitaron a Docentes y Evaluaron a Estudiantes

Hill et al. (2014) realizaron un estudio cuasiexperimental longitudinal en Estados Unidos con el objetivo de conocer si la aparición de ITS hasta los 30 años difería para los jóvenes que recibieron una intervención de desarrollo social por parte de los docentes durante los grados de primaria en comparación con aquellos en la condición de control, se siguieron a los participantes hasta los 30 años; 18 años después de que finalizara la intervención.

Se compararon tres condiciones de intervención: un grupo de intervención completa (seis años), uno de intervención tardía (dos años) y un grupo de control, la muestra se conformó por 680 adolescentes de 10 a 16 años de Seattle, Estados Unidos,

como base teórica se utilizó el modelo de desarrollo social. En primer lugar, se capacitó a los docentes por cinco días para el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales, posteriormente ellos capacitaron a los estudiantes durante siete sesiones. Se evidenció que aquellos estudiantes que recibieron la intervención completa mostraron probabilidades significativamente más bajas de aparición de ITS en comparación con la condición de control ($OR = .25$, IC 95%, $p < .001$), además, los hombres mostraron menor probabilidad de contraer una ITS que las mujeres ($OR = .69$, IC 95%, $p = .023$).

En África Subsahariana, Duflo et al. (2015) estudiaron los efectos a corto, mediano y largo plazo de dos programas sobre el comportamiento sexual. Participaron 19,289 estudiantes entre 13 y 20 años de 328 escuelas, 82 estudiantes participaron en el primer programa, 83 en el segundo y 80 en el conjunto de los dos programas. Se evaluaron a los tres, cinco y siete años, ninguno de los programas utilizó una teoría. El primer programa redujo el costo de la educación al proporcionar uniformes escolares gratuitos, dado que se ha demostrado que el uso de los uniformes aumenta la abstinencia sexual. A través de una regresión lineal simple se evidenció que a corto plazo el primer programa logró reducir la probabilidad de embarazo ($\beta = -.002$, $p = .021$) en comparación con el segundo programa y en conjunto.

El segundo programa constó en capacitar a tres docentes de cada escuela primaria sobre la prevención y transmisión del VIH, así como la biología y atención a las personas que viven con sida, desarrollo de habilidades para decir no al sexo inseguro y resistir a la presión del grupo. El componente de prevención enfatizó la abstinencia hasta el matrimonio, seguida de la fidelidad en el matrimonio. El libro de texto oficial no mencionaba el uso de condones o anticoncepción por lo que lo deja a consideración del docente. A mediano plazo se identificó que las intervenciones en conjunto fueron eficaces para reducir el embarazo ($\beta = .001$, $p = .006$), a largo plazo se encontró que aquellos estudiantes que recibieron ambas intervenciones mostraron una menor

incidencia de las ITS solo en las mujeres ($\beta = -.023, p < .05$), pero no impacta en el embarazo ($\beta = -.008, p = .821$).

En Japón, Nagamatsu et al. (2011) desarrollaron un programa de prevención del VIH dirigido a estudiantes e impartido por profesionales de la salud, padres y/o docentes. El programa tuvo una duración de dos años y se dirigió a aquellos estudiantes sin vida sexual y se basó en el Modelo Conceptual de Autoestima y la Teoría Cognitiva Social. Participaron 490 estudiantes, de 13 a 14 años, los cuales se dividieron en un grupo control y uno intervención. En primer lugar, dos enfermeros, una ginecóloga y una partera capacitaron a 20 docentes en cuatro sesiones de 50 minutos acerca de cambios físicos y emocionales durante la pubertad, el embarazo, el parto, el cuidado de los niños y la prevención del VIH/sida, fomentar la autoestima y rechazar la actividad sexual.

En el grupo de control recibieron sólo dos sesiones de educación grupal impartidas por profesionales de la salud. Por otro lado, el grupo intervención constó de asesoramiento individual por parte de los padres de familia y docentes. Las variables resultado fueron: frecuencia de comunicación sobre el sida con los padres o docentes, conocimiento sobre el VIH/sida y sus actitudes hacia las relaciones sexuales, la autoestima y el comportamiento de alto riesgo. La evaluación se realizó antes y tres meses después de la intervención. Por medio de una regresión múltiple se encontró que el grupo de intervención desarrollado por los docentes tuvo un impacto significativo en la frecuencia de comunicación sobre el sida ($t = .343, p = .027$), un mayor conocimiento del VIH/sida en las mujeres ($t = .930, p = .023$) y un mayor rechazo de la actividad sexual por parte de los hombres ($OR = 2.91, IC\ 95\% [1.02, 8.28], p = .045$), en comparación con el grupo control.

Mathews et al. (2012) aplicaron un programa de educación sexual dirigido por docentes con el objetivo de reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. A partir de un ensayo controlado aleatorio por grupos se eligieron tres escuelas de

Sudáfrica; Ciudad del Cabo, Dar es Salaam y Mankweng, las medidas de resultado fueron: retraso de la iniciación sexual y el uso del condón. El programa se guió por la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, en donde se enfatizó la importancia de la autoeficacia en la toma de decisiones.

La muestra se conformó por 12,139 estudiantes entre 12 y 14 años divididos en tres grupos: 5,352, 4,197 y 2,590, en cada una de las escuelas se formaron dos grupos; uno de intervención y uno control. A los 26 docentes participantes se les otorgó un manual que contenía los temas a impartir: autoimagen y la aclaración de valores; desarrollo personal, social y físico, sexualidad y reproducción; VIH, sida, ITS y uso de sustancias; uso de preservativos; roles de género; habilidades para la protección y la seguridad; violencia en la pareja íntima; anticoncepción; toma de decisiones sexuales y comportamiento sexual de riesgo; evaluación del riesgo sexual; mitos y conceptos erróneos; estilo de vida saludable; y derechos de salud reproductiva.

Las actividades fueron dirigidas por los docentes y se realizaron actividades como debates en grupos pequeños, capacitación en aptitudes, actividades en grupos pequeños, juegos de roles, demostraciones de preservativos, teatro, composición de canciones y tareas para involucrar a los padres, la duración fue de cinco meses y de 15 a 20 horas en total, el seguimiento se realizó a los seis meses, 12 y 15 meses después de la línea de base. Para el análisis de datos se llevó a cabo una regresión logística para proporcionar resultados ajustados con los *OR*, se evidenció que los estudiantes de los tres grupos de intervención disminuyeron la probabilidad de iniciar vida sexual ($OR = 0.65$, IC 95% [0.48, 0.87], $p < .05$).

Los participantes de Ciudad del Cabo mostraron un mayor conocimiento ($OR = 8.1$, IC 95% [7.6, 8.5], $p < .05$) en comparación con los de Dar es Salaam ($OR = 7.2$, IC 95% [7.0, 7.5], $p < .05$), así mismo en Ciudad del Cabo 44.8%, IC 95% [40.2, 49.3%] mostraron más probabilidades de informar a su pareja sobre el deseo del uso del condón en la última relación sexual en comparación con las

otras dos instituciones; Dar es Salaam: 25.0%, IC 95% [16.2, 33.8%] y Mankweng: 30.4%; IC 95% [23.9, 36.9%].

Harrison et al. (2016), desarrollaron una intervención educativa con el objetivo de prevenir el VIH y embarazos en 933 adolescentes de 14 a 17 años pertenecientes a dos escuelas rurales de Sudáfrica. La intervención utilizó cuatro teorías para construir la base de los talleres; teoría de la potenciación psicológica y comunitaria, teoría del género y el poder, teoría del poder del género aplicado a la prevención del VIH y teoría cognitiva social. Esta consistió en capacitar a seis docentes (tres de cada una de las dos escuelas) con el propósito de aumentar las medidas resultado: uso del condón en el último encuentro sexual, comunicación de pareja, creencias y valores de género, comportamientos percibidos de los compañeros y la autoeficacia para tener relaciones sexuales más seguras.

Los docentes dirigieron la ejecución con el apoyo de dos jóvenes educadores, la dosis fue de tres clases de 45 minutos a la semana, con un total de 15 sesiones en un periodo de cuatro meses. Dentro de las actividades se incluyeron demostraciones y juegos de roles. Se realizó una evaluación en la línea base y una más al finalizar la intervención. Para los resultados, se realizaron modelos lineales generalizados, se observó que la autoeficacia incrementó: la probabilidad de rechazar el sexo inseguro ($OR = 1.61$, IC 95% [1.01, 2.57], $p < .05$) y de usar el condón ($OR = 1.76$, IC 95% [1.07, 2.89], $p < .05$), también aumentó la comunicación con la pareja para el uso del condón ($OR = 2.42$, IC 95% [1.27, 4.63], $p < .001$) y el conocimiento sobre las oportunidades de donde realizar la prueba de VIH ($OR = 1.76$, IC 95% [1.08, 2.87], $p < .05$).

En Estados Unidos, Denison et al. (2012) realizaron un estudio cuasiexperimental con el objetivo de aumentar el conocimiento, actitudes y comportamientos de protección relacionados con el VIH y la salud reproductiva en 2,133 estudiantes adolescentes de 26 escuelas de Estados Unidos. El estudio se

conformó por 13 escuelas en el grupo intervención y 13 en el grupo control, en donde se preparó periódicamente a docentes y pares sobre autoeficacia, actitudes hacia las personas que viven con VIH/sida y comportamientos sexuales; abstinencia, fidelidad y uso del condón. Posteriormente los docentes y los pares transfirieron el conocimiento a los estudiantes por medio de una clase semanal de 40 minutos por un periodo de siete a nueve meses.

Mediante un análisis de regresión múltiple se identificó que los estudiantes de la intervención mostraron niveles significativamente más altos de conocimiento relacionado con el VIH ($OR = 1.61$, IC 95% [1.18, 2.19], $p < .001$) y salud reproductiva ($OR = 1.71$, IC 95% [1.21, 2.49], $p < .01$), actitudes más positivas hacia las personas que viven con el VIH ($OR = 1.90$, IC 95% [1.37, 2.64], $p < .001$). También mostraron mayor autoeficacia para rechazar relaciones sexuales no deseadas ($OR = 1.40$, IC 95% [1.07, 1.85], $p < .001$) y acceder a los condones ($OR = 1.23$, IC 95% [1.01, 1.50], $p < .001$).

Síntesis de las Intervenciones que Capacitaron a Docentes y Evaluaron a Estudiantes

Con base a la TCS se capacitó a los docentes para el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales sobre la prevención del embarazo, ITS y VIH, desarrollo de habilidades (actitudes y autoeficacia) para decir no al sexo inseguro, resistir a la presión del grupo y fomentar la autoestima. Con ayuda de un manual educativo y a través de juegos de roles y grupos de discusión, los docentes transmitieron el conocimiento y las habilidades a los estudiantes durante cinco meses, con un mínimo de 12 horas y un máximo de 20.

A su vez, se encontró que las intervenciones se han implementado por padres de familia, investigadores o docentes, las desarrolladas por éstos últimos mostraron probabilidades más bajas de presentar ITS, VIH o embarazos al aumentar el conocimiento acerca de las mismas en sus estudiantes (Duflo et al., 2015; Hill et al., 2014; Mathews et al., 2012; Nagamatsu et al., 2011), las actitudes hacia el uso del

condón (Denison et al., 2012; Duflo et al., 2015), la comunicación sexual con la pareja (Mathews et al., 2012; Nagamatsu et al., 2011) y la autoeficacia para el sexo seguro (Harrison et al., 2016; Mathews et al., 2012). También consiguieron ser efectivas al retrasar el IVS y aumentar el uso consistente del condón (Duflo et al., 2015; Nagamatsu et al., 2011).

Intervenciones que Capacitaron y Evaluaron a Docentes

A través de un estudio cuasi experimental Thammaraksa et al. (2014) estudiaron los efectos de un programa de desarrollo de habilidades de educación sexual con sensibilidad cultural dirigido a docentes de secundarias de Tailandia. El programa se basó en la teoría cognitiva social con el propósito de aumentar el conocimiento sobre la salud sexual del adolescente, las actitudes, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual. La muestra se conformó por 90 docentes de secundaria divididos en un grupo control y uno experimental, el modelo social incluía la enseñanza y la práctica de comportamientos deseables a través del juego de roles. Ambos programas tuvieron una dosis de tres horas a la semana, con duración de cuatro semanas y evaluación a las dos semanas.

En la primera semana de intervención se trabajaron las actitudes de educación sexual mediante juegos de roles y estrategias para superar las barreras culturales para la discusión sexual. En la segunda semana, se trabajó con el conocimiento sobre salud sexual y autoeficacia en la educación sexual, con el objetivo de construir confianza en la comunicación de información de temas sexuales con sus estudiantes. En la tercera semana se reforzaron las habilidades de educación sexual a través de casos hipotéticos, estos incluían temas como: barreras de la salud y fantasías sexuales. En la cuarta semana se creó conciencia de la educación sexual a través de grupos de discusión y se exploraron estrategias para solucionar problemas, en la semana cinco y seis se dio seguimiento.

Para el análisis de datos se aplicó la prueba t de Student independiente y pareada, análisis de la varianza con Bonferroni post hoc y análisis de medidas repetidas de la varianza. El grupo intervención mostró un incremento en sus actitudes positivas ($t = 14.09, p < .001$), autoeficacia percibida ($t = 13.60, p < .001$) y habilidades de educación sexual ($t = 16.60, p < .001$). La puntuación media de comparación de la autoeficacia percibida en la educación sexual entre el antes, el después y durante el período de seguimiento fueron significativamente diferentes ($F = 47.7, gl = 1.7, 77, p < .001$). El grupo de intervención tuvo una probabilidad significativamente mayor de percibir su capacidad en la educación sexual inmediatamente después y durante el período de seguimiento que antes del programa ($p < .001$). Su capacidad percibida también aumentó inmediatamente después del experimento hasta el período de seguimiento ($p < .001$).

Síntesis de las Intervenciones que Capacitaron y Evaluaron a Docentes

Esta intervención se enfocó en las variables de autoeficacia, actitudes y habilidades para la educación sexual, se basaron en la TCS y consideraron un grupo control y uno experimental. Recibieron capacitación por cuatro semanas sobre cómo abordar las barreras culturales para la discusión sexual, se construyó la confianza en la comunicación y se reforzaron las habilidades de educación. Aquellos docentes que formaron parte del grupo experimental mostraron una mejora de la autoeficacia, actitudes y habilidades para la educación sexual, de manera tal que se sintieron más seguros y confiados de impartir temas de salud sexual.

La ventaja de capacitar a los docentes es que no existió el riesgo de abandono dado que las clases se impartieron en el salón de clases y las dudas que surgieron se solucionaron en el momento. La relevancia de que la intervención se ejecutara por docentes es que la información se podrá transmitir durante todo el tiempo que ejerza su profesión (Goldman, 2011; Thammaraksa et al., 2014).

Intervenciones Dirigidas por Investigadores y que Evaluaron a Estudiantes

En España, Espada et al. (2015) evaluaron los efectos inmediatos del programa *¡Cuídate!* en comparación con el programa “Competencias para adolescentes para un estado de salud sexual saludable” (COMPAS), el cual se considera como el programa de educación sexual con mayor eficacia para reducir las ITS y el VIH en adolescentes de España. A través de un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados se eligieron 18 escuelas secundarias, y un total de 1,563 adolescentes entre 14 y 16 años, posteriormente se asignaron a uno de los tres grupos; control, *¡Cuídate!* o COMPAS. La intervención se basó en la Teoría del Aprendizaje Social y se guió con el Modelo IMB. Las variables resultado fueron el conocimiento de las ITS/VIH, actitudes hacia el uso del condón, autoeficacia, percepción del riesgo sexual y las intenciones de comportamiento sexual más seguro.

El programa *¡Cuídate!* se distribuyó en seis módulos de 45 minutos, mientras que el programa COMPAS se impartió en cinco módulos de 50 minutos; en ambos grupos la información se brindó por parte de los autores del proyecto, los componentes de enseñanza fueron: información, habilidades sociales, solución de problemas y mantenimiento de estrategias. Las estrategias de enseñanza fueron: actividades interactivas, juego de roles, discusiones en grupo y promoción del uso correcto del condón.

Los instrumentos de medición se aplicaron antes y después de la intervención, la equivalencia de referencia entre los tres grupos se determinó con modelos lineales generales de ANOVAs. Las variables relacionadas con la deserción en la evaluación posterior a la prueba se midieron con regresiones logísticas, los efectos de ambos programas en los resultados se evaluaron con ecuaciones de estimación generalizadas. A los 24 meses de seguimiento se encontró que ambos programas incrementaron las variables resultados en comparación con el grupo control, por ejemplo, *¡Cuídate!* incrementó el conocimiento de las ITS ($OR = .33$, IC 95% [.10, .13], $p < .001$) y el VIH

($OR=.87$, IC 95% [.62, 1.13], $p < .001$), así como la intención de realizar conductas sexuales seguras ($OR = 1.19$, IC 95% [.39, 1.99], $p = .003$).

Por otro lado, COMPAS logró aumentar el conocimiento sobre el uso del condón ($OR = .24$, IC 95% [.17, .31], $p < .001$) así como la variable de autoeficacia ($OR = 3.89$, IC 95% [1.45, 6.33], $p < .001$). No se presentaron diferencias significativas entre *¡Cúdate!* y COMPAS.

Coyle et al. (2006), desarrollaron una intervención controlada aleatoria llamada All4You! con el objetivo de reducir las conductas sexuales de riesgo. La muestra estuvo conformada por 988 estudiantes entre 14 y 18 años pertenecientes a 13 escuelas alternativas del Estado de California en Estados Unidos. El proyecto se llevó a cabo en tres meses y fue evaluada a los tres, seis, 12 y 18 meses, la recolección de datos fue mediante un cuestionario de autoinforme que incluía temas como frecuencia y consistencia del uso del condón, número de parejas sexuales con las que tuvieron relaciones sexuales sin condón en los últimos tres meses y uso de anticonceptivos.

El diseño se basó en tres teorías: la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986) en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) y en la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1991). El proyecto constó de dos grupos: uno control y otro de intervención, este último recibió la intervención por medio de 14 sesiones; dos días por semana durante siete semanas en donde se incluían temas para la prevención de embarazos, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Además, se incluyeron aspectos relacionados con los factores clave de riesgo y protección para conductas sexuales (conocimientos esenciales, actitudes, normas y percepción de la autoeficacia). La intervención fue llevada a cabo en un aula escolar y al término de la sesión los estudiantes acudían a otras escuelas a impartir lo aprendido, esto con el propósito de reforzar el conocimiento y crear reflexión.

Para el análisis de datos, se realizaron modelos multinivel para ajustar la correlación entre los estudiantes con la misma escuela, y la correlación de mediciones

repetidas tomadas en el mismo estudiante a través del tiempo, así también se usó el modelo de regresión binomial negativa para modelar datos de conteo sobre dispersos en los que la variable de interés es el número de ocurrencias durante un período de tiempo dado. Los resultados más significativos para el uso del condón se identificaron en la evaluación de los seis meses, se mostró una menor cantidad de encuentros sexuales sin condón en los últimos tres meses ($SE = -1.09, p = .002$) y un mayor uso del condón en los últimos seis meses ($OR = 2.12, IC\ 95\% [1.24, 3.56], p = .006$).

También, se evidenció un menor número de relaciones sexuales sin condón con parejas estables en los tres meses anteriores respecto a los jóvenes del grupo control ($SE = -0.28, p = .010, d = .190$), asimismo, se encontró un aumento en el conocimientos sobre el VIH y el condón ($d = .13, p = .010$) así como en las actitudes positivas hacia el uso del condón ($d = .23, p = .010$).

En Estados Unidos, Jemmott et al. (2010) realizaron un ensayo controlado aleatorizado por grupos para evaluar la efectividad de la intervención “Be proud!, Be responsible!” para la prevención de ITS/VIH y embarazos. La muestra estuvo conformada por 1,707 adolescentes entre 13 y 18 años, de los cuales 863 recibieron la intervención y 844 formaron parte del grupo control, el proyecto estuvo compuesto por tres grupos control y tres de intervención a los cuales se les dio seguimiento a los tres, seis y 12 meses. La variable resultado fue el uso consistente del condón en los tres meses anteriores a cada evaluación de seguimiento, promediado a lo largo de las evaluaciones.

La intervención consistió en seis sesiones de 50 minutos con actividades interactivas como: películas, discusiones en grupos pequeños, ejercicios experimentales y actividades de juegos de roles. La intervención fue diseñada para dar a los adolescentes el conocimiento, la motivación y las habilidades necesarias para reducir su riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Aborda las actitudes hacia el uso del condón, la habilidad y la autoeficacia en el uso del condón, las creencias sobre las consecuencias negativas de los condones para el disfrute sexual, y la

habilidad y la autoeficacia en la negociación del uso del condón. La intervención se desarrolló en base a la Teoría Cognitiva Social, la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría del Comportamiento Planeado.

Para el análisis de los datos se utilizaron las pruebas de chi cuadrada, *t* de Student y el modelo de regresión de ecuaciones de estimación lineal, logística o generalizada de Poisson. Como promedio de los seguimientos, los participantes en la intervención de VIH/ITS reportaron una mayor proporción de relaciones sexuales protegidas con condones durante el período de seguimiento respecto a los participantes de la intervención de promoción de la salud. Como resultado la intervención mostró una mayor consistencia del uso del condón en adolescentes de 17 a 18 años ($OR = 2.45$, IC 95% [1.40, 4.26], $p < .001$) que en los de 13 a 14 ($OR = 0.76$, IC 95% [0.47, 1.23], $p = .27$). La efectividad de la intervención para aumentar el uso del condón mostró un mayor aumento en la evaluación de los tres meses.

En Estados Unidos, Norton et al. (2012) realizaron una intervención controlada aleatoria con adolescentes con el fin de comparar cuales eran los temas que tenían mayor eficacia en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo. Participaron 198 estudiantes universitarios asignados al azar a una de cuatro condiciones: intervención de embarazo, intervención de ITS, intervención de VIH o una condición de control. Se realizó una evaluación virtual de aproximadamente 30 minutos en la línea base, a las cuatro semanas y a las ocho. Las intervenciones contenían los elementos conceptuales necesarios para aumentar el uso del condón y reducir el comportamiento sexual de riesgo, pero todas con un enfoque exclusivo en la prevención de un embarazo no planificado, ITS o infección por VIH. El contenido de cada intervención (actores, narradores, guiones, escenarios de juego de roles, entre otros) fue similar, excepto por un enfoque exclusivo en el uso de condones para prevenir un embarazo no planificado, ITS o infección por VIH.

El estudio aplicó el Modelo IMB para comprender y cambiar el comportamiento de salud de un individuo. Como actividades de aprendizaje se proyectó una película de 60 minutos, escenas grabadas en video, música, texto e imágenes. Para el análisis de los datos se realizó una serie de ANOVA de una vía y análisis de chi-cuadrado para examinar la equivalencia inicial entre los cuatro grupos y se encontró que los grupos de intervención de embarazo e ITS reportaron un comportamiento sexual de menor riesgo ($\beta = 1.34, p < .05, IC\ 95\% [0.19, 2.50], OR = 3.85$), con respecto al uso del condón en el último acto sexual, se observaron diferencias significativas en todos los efectos de los modelos ($X^2 = 8.32, p < .001$). Los análisis de seguimiento mostraron que los participantes en las intervenciones de embarazo y de ITS tenían una mayor probabilidad de usar un condón en comparación con aquellos en la intervención de VIH ($\beta = -1.64, OR = 0.19, IC\ 95\% [-2.78, -0.51], p = .004$).

En Estados Unidos, Asare (2015) realizó un estudio basado en la Teoría del Comportamiento Planeado con el objetivo de determinar la conducta del uso del condón entre estudiantes universitarios. El diseño del estudio fue transversal, la muestra estuvo conformada por 218 estudiantes universitarios con un promedio de edad de 20.9 años. Se adoptó un cuestionario existente basado en la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP), como resultado, se evidenció que la construcción de la intención conductual ($p < .001$) fue un predictor significativo del comportamiento del uso del condón de los participantes. El control conductual percibido predijo significativamente ($p < .001$) el comportamiento de intención y uso del condón.

En base a la TCP se demostró que las construcciones de actitud hacia el comportamiento, el control conductual percibido y la norma subjetiva ($p < .001$) predijeron significativamente la intención de usar condón, se concluye que la TCP se puede utilizar para guiar los programas sobre la promoción del uso del condón entre los estudiantes universitarios.

Síntesis de las intervenciones dirigidas por investigadores y que evaluaron a estudiantes

Mediante actividades interactivas los autores abordaron el conocimiento sobre ITS, VIH y embarazo, las actitudes, autoeficacia hacia las conductas sexuales de riesgo y la consistencia del uso del condón. De manera global se encontró un aumento en el conocimiento (Coyle et al., 2006), las actitudes (Jemmott et al., 2010) y la consistencia del uso del condón. De acuerdo con Jemmott et al. (2010), no se encontraron efectos inmediatos; sin embargo, estos resultados demostraron ser significativos a los tres meses de seguimiento, además la tasa de abandono fue elevada y fue difícil evidenciar el aumento de la autoeficacia para el sexo seguro dado que la intervención solo duró algunas semanas (Coyle et al., 2006; Norton et al., 2012).

Definición de Términos

Variables Sociodemográficas

Edad. Es el número de años cumplidos que expresó el adolescente o docente al momento de la aplicación de los instrumentos; se registró en la Cédula de Datos Sociodemográficos.

Sexo. Es la expresión del adolescente o docente de acuerdo con las características biológicas que lo identificaron como hombre o mujer; se respondió en la Cédula de Datos Sociodemográficos.

Edad de Inicio de Vida Sexual. Es el número de años cumplidos que expresó el adolescente al momento de tener su primera primera relación sexual vaginal, oral o anal; se registró a través de la Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente.

Cantidad de Parejas Sexuales. Es el número de personas con las que el adolescente tuvo una relación sexual vaginal, oral o anal; se registró en la Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente.

Variables del Adolescente

Actitudes Hacia el Uso del Condón. Se refieren a la valoración positiva, negativa o neutra que tiene el adolescente acerca del uso del condón; se evaluó mediante la subescala de Actitudes de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (Robles et al., 2011).

Postergación del Inicio de la Vida Sexual. Consiste en reservarse de tener relaciones sexuales vaginales, anales y orales hasta un tiempo más tarde en la vida cuando el adolescente esté más preparado para manejar las consecuencias de las prácticas sexuales; se midió con la Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente.

Comunicación Sexual con la Pareja. Se define como la capacidad del adolescente para discutir y negociar temas de sexualidad con su pareja acerca del uso del condón y como prevenir las ITS, VIH y embarazo; se midió con la Escala de Comunicación entre Parejas (Milhausen et al., 2007).

Conocimiento del Adolescente Sobre ITS, VIH y Embarazo. Se entiende como la información que el adolescente adquiere, organiza y emplea, sobre cómo se concibe el embarazo y como se transmite, previene e identifica una ITS y el VIH para poder tomar decisiones sobre conductas de sexo seguro. Se evaluó con el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992).

Apoyo Familiar al Riesgo Sexual. Se refiere a la percepción del adolescente hacia las relaciones afectivas de protección y cuidado que aporta la familia para influir en las conductas sexuales seguras o en la postergación del IVS. Se midió con la dimensión de Apoyo de la Familia de la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) la cual se adaptó de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987).

Uso Consistente del Condón. Implica que el adolescente utilice correctamente el condón en las relaciones sexuales vaginales, anales u orales y durante todo el acto sexual (de principio a fin). Los valores de la consistencia oscilan entre cero y uno, para

determinar la consistencia del uso del condón el número de relaciones sexuales debe de coincidir con el número de veces que utilizó el condón. Se registró un cero cuando hubo inconsistencia y un uno cuando hubo consistencia; se calculó con la Escala de Uso del Condón (Milhausen et al., 2007).

Autoeficacia del Adolescente para el Sexo Seguro. Se identifica como el nivel de confianza que tiene el adolescente para rechazar conductas sexuales de riesgo, usar correctamente el condón, negociar sexo seguro y conversar con sus padres sobre temas sexuales; se midió con la Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001).

Variables del Docente

Conocimiento del Docente sobre ITS, VIH y Embarazo. Se entiende como la información que el docente adquiere, organiza y emplea, sobre cómo se concibe el embarazo y como se transmite, previene e identifica una ITS y el VIH; se evaluó con el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992).

Autoeficacia del Docente para Transmitir Educación Sexual. Se entiende como la percepción que tiene el docente sobre su capacidad para hablar temas sexuales, crear un ambiente favorable para la educación sexual, enseñar los riesgos asociados a la sexualidad y orientar sobre el uso del condón; se midió con la subescala de autoeficacia del Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019).

Habilidades de Educación Sexual. Se definen como las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes para dialogar temas sexuales, buscar herramientas informativas, aplicar estrategias activas de enseñanza y crear un ambiente de interacción donde la sexualidad sea vista como algo natural; se midió con la subescala de involucramiento conductual el Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019).

Para dar respuesta a los objetivos del estudio, se midieron los siguientes indicadores

Factibilidad. Es la medición de la capacidad para efectuar los componentes y actividades del estudio según lo previsto e identificar las limitantes de su aplicación; se valoró mediante la Evaluación de la Factibilidad de la Intervención (Apéndice EE) considerando los siguientes indicadores:

Indicadores de Factibilidad. Es la examinación de las actividades realizadas para la preparación y entrega de la intervención. Los indicadores se dividieron en dos: 1) factibilidad de la intervención que incluyeron: disponibilidad, calidad y capacitación de los facilitadores, recursos materiales, contexto de aplicación, barreras para la participación y fidelidad de la intervención, 2) factibilidad de los métodos: procedimiento del reclutamiento y recolección de datos.

Contexto. Es el entorno físico y social en el que se aplicó la intervención.

Barreras para la Participación. Son las limitaciones observadas y verbalizadas por parte de los docentes y adolescentes durante la aplicación de la intervención.

Fidelidad de la Intervención. Es la evaluación antes, durante y posterior a la entrega de la intervención con el fin de asegurar la dosis de tratamiento dentro de las condiciones indicadas, una dosis equivalente en todas las condiciones y la planificación de los contratiempos de implementación; se analizó con la Evaluación de la Fidelidad de la Intervención (Apéndice DD).

Aceptabilidad. Es la visión global o actitud de los docentes y los adolescentes hacia a la intervención, esta fue valorada a través de cuatro indicadores: tasa de inscripción, tasa de retención, tasa de abandono y satisfacción con la intervención (Sidani & Braden, 2011); los indicadores se describen a continuación:

Tasa de Inscripción. Es el porcentaje de docentes y de adolescentes que consintieron participar en el estudio sobre el total de los docentes y los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tasa de Retención. Es el porcentaje de docentes y adolescentes que se mantuvieron hasta el final de la intervención.

Tasa de Abandono. Es el porcentaje de docentes o adolescentes que se retiraron del estudio del total que dieron el consentimiento de participar.

Satisfacción con la Intervención. Es la percepción de los docentes y los adolescentes sobre su agrado, utilidad, satisfacción, expectativas y probabilidad de recomendar la intervención; se estimó con la Evaluación de la Aceptabilidad de la Intervención (Apéndice FF).

Objetivos

1. Determinar si existen diferencias significativas en las variables del docente y del adolescente entre el pre, post y seguimiento un mes después de una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón, así también se busca promover la postergación del inicio de la vida sexual.

2. Identificar la factibilidad de una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón, así también se busca promover la postergación del inicio de la vida sexual.

3. Estimar la aceptabilidad de los docentes y estudiantes para participar en una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el

uso consistente del condón, así también se busca promover la postergación del inicio de la vida sexual.

Hipótesis para los Docentes

H₁: Los docentes que participen en la intervención aumentarán el conocimiento sobre las ITS, el VIH y el embarazo para transmitir educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test *¡Cuídate!*, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₂: Los docentes que participen en la intervención aumentarán la autoeficacia para transmitir educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test *¡Cuídate!*, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₃: Los docentes que participen en la intervención aumentarán las habilidades de educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test *¡Cuídate!*, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

Hipótesis para los Adolescentes

H₁: Los adolescentes que participen en la intervención aumentarán el conocimiento sobre las ITS, VIH y el embarazo, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₂: Los adolescentes que participen en la intervención mejorarán las actitudes hacia el uso del condón, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₃: Los adolescentes que participen en la intervención fortalecerán la comunicación sexual con la pareja, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₄: Los adolescentes que participen en la intervención incrementarán el apoyo familiar al riesgo sexual, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

H₅: Los adolescentes que participen en la intervención incrementarán la autoeficacia para el sexo seguro, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como los instrumentos de recolección de datos, descripción de la intervención, diseño final de la intervención, tratamiento del grupo experimental. También, se incluye el reclutamiento de asistentes y docentes, procedimiento de recolección de datos, medidas para evitar pérdida de participantes, minimización de amenazas a la investigación, criterios de evaluación para la fidelidad de la intervención, criterios de aceptabilidad, consideraciones éticas y la estrategia de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

Se utilizó un diseño cuasi experimental con un grupo experimental (Burns & Grove, 2005), se realizaron mediciones repetidas; pre-test, post-test (después de *Soy capaz* y entrega de *¡Cuídate!* en el caso de los docentes) y seguimiento un mes después. Los esquemas de intervención se diseñaron de acuerdo con lo propuesto por Hernández et al. (2014), en el caso de los docentes (Tabla 2), se llevó a cabo una medición basal, después se implementó *Soy capaz*, al terminar se les hizo una segunda medición, enseguida se les capacitó sobre el programa *¡Cuídate!*, después replicaron este último con sus estudiantes y al finalizar se aplicó una medición más, se realizó una cuarta evaluación al mes.

Tabla 2*Esquema de diseño en docentes*

Grupo	Pre-test		Post-test		Post-test	Seguimiento
Experimental	O ₁	Te	O ₂	Te	O ₂	O ₃

Nota. O = Observaciones; Te = Tratamiento experimental

En el caso de los adolescentes (Tabla 3) se realizó una medición basal, después los docentes implementaron el programa *¡Cuídate!*, al finalizar se evaluó y posteriormente un mes después.

Tabla 3*Esquema de diseño en adolescentes*

Grupo	Pre-test		Post-test		Seguimiento
Experimental	O ₁	Te	O ₂		O ₃

Nota. O = Observaciones; Te = Tratamiento experimental

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por docentes de secundarias públicas de los estados de Nuevo León, Coahuila, Tamaulipas y Tabasco. Así mismo por estudiantes de diferentes secundarias públicas de Nuevo León y una secundaria de Tamaulipas. Se usó un muestreo por conveniencia para elegir secundarias que cumplieran con los siguientes criterios: ser públicas, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo alto y bajo bajo y contar con la autorización por parte de los directores de las instituciones. Se eligió un nivel socioeconómico bajo alto y bajo bajo, porque la literatura ha evidenciado que a diferencia de otros niveles estos cuentan con menor conocimiento sobre salud sexual y

reproductiva, mayores tasas de embarazos adolescentes y menor comunicación sexual con la familia y pareja (Ajayi & Olamijuwon, 2019; Pássaro et al., 2019).

Diversos autores (Buston et al., 2002; Harrison et al., 2016; Nagamatsu et al., 2011) refieren que para un estudio de este tipo es adecuado un tamaño de muestra de seis a 12 docentes. Para la presente investigación se contempló una muestra de 20 docentes, para compensar el abandono el número se incrementó en un 30% (seis personas), a través de un muestreo por bola de nieve la muestra final fue de 28 docentes; 23 de Nuevo León, uno de Coahuila, tres de Tamaulipas y uno de Tabasco. La confirmación de la participación fue mediante el contacto de WhatsApp proporcionado en la invitación virtual. Una vez que contactaron al servidor se les informó sobre las fechas, horarios y número de sesiones de las intervenciones (*Soy capaz*, capacitación de *¡Cuídate!* y entrega de *¡Cuídate!*). La duración total del estudio fue de 17 horas (considerando el tiempo de las evaluaciones) y se realizó una medición de seguimiento al mes.

En el caso de los adolescentes, el muestreo fue por conveniencia, se contó con la participación de 17 estudiantes de diferentes escuelas de Nuevo León y 178 de una secundaria de Tamaulipas. En ambos casos se les brindó el programa en un horario fuera de clases. En el caso de Nuevo León el muestreo fue por bola de nieve y en Tamaulipas de manera aleatoria condicionado a la autorización de los padres (Apéndice Z) y del propio estudiante (Apéndice BB).

Criterios de Inclusión

Docentes que laboran en secundarias públicas, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo alto y bajo bajo.

Estudiantes de secundaria del grupo de edad de 12 a 15 años.

Criterios de Exclusión

Docentes que laboraran en unidades de servicios de apoyo de educación especial.

Docentes que hubieran recibido un taller de salud sexual en el último año.

Estudiantes casados o que vivieran con la pareja.

Criterios de Eliminación

Docentes que no asistan al 80% de las sesiones de capacitación o intervención.

Estudiantes que no asistan al 80% de las sesiones.

Instrumentos de Recolección de Datos del Docente

Datos Sociodemográficos y Postergación del Inicio de la Vida Sexual

Para recolectar la información de los datos personales se utilizó la Cédula de Datos Sociodemográficos para el Docente (Apéndice F) la cual incluyó el sexo, edad, religión, años laborando como docente y experiencia en educación sexual; en ambos casos se compartió un enlace para contestar las cédulas de manera virtual (Apéndice E y G).

Conocimiento del Docente sobre ITS, VIH y Embarazo

Se utilizó el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992). La escala valora el conocimiento sobre como concebir el embarazo, así como los medios de transmisión, prevención y detección de las ITS, VIH/sida. Se conforma por 24 reactivos, con opción de respuesta verdadero, no sé y falso, se decidió eliminar el reactivo 24 “La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre” dado que ya no se usan jalean ni espumas con espermicidas. Un ejemplo de reactivo es: una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. Las respuestas correctas tienen valor de un punto y las incorrectas (falsas o desconocidas) un cero, el valor total de las respuestas varía de 0 a 24, un mayor puntaje indica un conocimiento más amplio.

A algunos reactivos se les cambió la palabra “sida” por “VIH” dado que el sida no se contagia, sino que se desarrolla a partir del contagio del virus. En el caso de los docentes se aplicó el instrumento como estaba originalmente conservando las preguntas uno, dos, cuatro, nueve, 17, 18 y 22 como falsas. El cuestionario ha sido probado en

Estados Unidos en latinos de habla hispana entre 13 y 18 años, los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .77 (Apéndice L); para el presente estudio el instrumento se administró de manera electrónica (Apéndice M).

Autoeficacia del Docente para Transmitir Educación Sexual

Para medir esta variable se utilizó la adaptación brasileña (Pássaro et al., 2019) del Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Serrão, 2009) el cuál evalúa los conocimientos, la comodidad, la motivación y las implicaciones de los docentes en relación con la educación sexual. Para el presente estudio se consideró la subescala de autoeficacia, la cual mide el grado de autoeficacia que siente el docente al realizar acciones de educación sexual.

El cuestionario consta de 19 reactivos, un ejemplo es: me siento capaz de hablar abiertamente sin tabúes sobre sexualidad con mis estudiantes. Las opciones de respuesta están una escala tipo Likert donde 1 = nada capaz a 6 = muy capaz. La puntuación total tiene un rango de 19 a 114, puntajes altos muestran un mayor nivel de autoeficacia. Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .98 en una población de docentes de Brasil (Apéndice S); para el presente estudio el instrumento fue respondido de manera electrónica (Apéndice T).

Habilidades de Educación Sexual

La variable se midió con el Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019). Se consideró la subescala de involucramiento conductual el cual mide las implicaciones conductuales de los docentes mediante acciones proactivas de la educación sexual, el cuestionario consta de 15 reactivos, un ejemplo es: elijo hechos reales para hablar con mis estudiantes sobre sexualidad. Las opciones de respuesta están una escala tipo Likert donde 1 = Nunca a 6 = Siempre. La puntuación total tiene un rango de 15 a 90, puntajes altos muestran mayores habilidades en educación sexual, los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .96 en una población

de docentes de Brasil (Apéndice U); para el presente estudio el instrumento se aplicó de manera electrónica (Apéndice V).

Instrumentos de Recolección de Datos del Adolescente

Datos Sociodemográficos y Postergación del Inicio de la Vida Sexual

Para recolectar la información de los datos personales del adolescente se utilizó la Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente (Apéndice D), ésta incluye edad, sexo, edad de IVS coital y número de parejas sexuales. Así mismo, se contó con la pregunta filtro “¿Has tenido relaciones sexuales?” para conocer si existe abstinencia sexual.

Actitudes Hacia el Uso del Condón

Se consideró la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (Robles et al., 2011), ésta retomó tres cuestionarios que fueron construidos y validados por los siguientes autores: conocimientos acerca del VIH/sida (Alfaro et al., 1992), patrón de acercamiento de la relación de pareja (Díaz-Loving & Sánchez, 2002) y estilos de negociación sobre el uso del condón (Robles & Díaz-Loving, 2006). La encuesta está compuesta por 10 apartados; conocimiento sobre VIH, sida e ITS, creencias, actitudes, lo que otros piensan de ti, apoyo de otros, lo que serías capaz de hacer, lo que haces, como eres con tu pareja, patrón de comportamiento sexual y estilos de negociación.

Para el presente estudio se utilizó el apartado de Actitudes. A modo de respuesta se presentan seis afirmaciones con un formato de respuesta diferencial semántico que fueron de uno (muy negativo) a siete (muy positivo), un ejemplo de reactivo es: dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal con una pareja estable podría ser. Los puntajes de respuesta variaron entre seis y 42, de manera que los valores más altos indican una actitud positiva. Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .87 en población de jóvenes (Apéndice H); para el presente estudio el instrumento se aplicó de forma electrónica (Apéndice I).

Comunicación Sexual con la Pareja

Para evaluar la variable Comunicación Sexual con la pareja se utilizó la Escala de Comunicación entre Parejas (Milhausen et al., 2007). Esta escala mide la comunicación sexual entre la pareja adolescente en los últimos seis meses. Su estructura consta de cinco reactivos, con opción de respuesta tipo Likert: desde 0 = nunca, 1 = a veces (1-3 veces), 2 = frecuentemente (4-6 veces) hasta 3 = mucho (7 o más veces). Un ejemplo de reactivo es: durante los últimos seis meses, ¿cuántas veces has platicado con tu pareja sexual sobre cómo prevenir el embarazo? Los puntajes de respuesta varían entre 0 y 15, de manera que los valores más altos indican una comunicación sexual más frecuente. Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .80 en una población adolescente (Apéndice J); para el presente estudio el instrumento se aplicó de manera electrónica (Apéndice K).

Conocimiento del Adolescente sobre ITS, VIH y Embarazo

Se utilizó el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992). La escala valora el conocimiento sobre como concebir el embarazo, así como los medios de transmisión, prevención y detección de las ITS, VIH/sida. Se conforma por 24 reactivos, con opción de respuesta verdadero, no sé y falso, se decidió eliminar el reactivo 24 “La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre” dado que ya no se usan jalean ni espumas con espermicidas. Un ejemplo de reactivo es: una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. Las respuestas correctas tienen valor de un punto y las incorrectas (falsas o desconocidas) un cero, el valor total de las respuestas varía de 0 a 24, un mayor puntaje indica un conocimiento más amplio.

A algunos reactivos se les cambió la palabra “sida” por “VIH” dado que el sida no se contagia, sino que se desarrolla a partir del contagio del virus. Como parte de las observaciones de los docentes, todas las preguntas se modificaron a afirmaciones a fin

de hacerlas más claras para su lectura y entendimiento, por lo tanto, todas las respuestas eran verdaderas. El cuestionario ha sido probado en Estados Unidos en latinos de habla hispana entre 13 y 18 años, los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .77 (Apéndice L); para el presente estudio el instrumento se administró de manera electrónica en ambas poblaciones (Apéndice M).

Apoyo Familiar al Riesgo Sexual

Esta variable se midió con la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) la cual fue adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987). La escala evalúa la percepción de apoyo de la familia, pareja y trabajadores de salud para la prevención de conductas sexuales de riesgo. Contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden al apoyo familiar, 22 a la pareja y 18 a los trabajadores en salud. Para el presente estudio solo se utilizó la dimensión de apoyo de la familiar. Un ejemplo de reactivo es: puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito. Las opciones de respuestas están una escala tipo Likert de 1 a 5 donde 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo. La puntuación total varía entre 77 y 385, a mayor puntuación, mayor percepción de apoyo. Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .94 en una población de jóvenes (Apéndice N); para el presente estudio el instrumento se respondió de forma electrónica (Apéndice Ñ).

Uso Consistente del Condón

Para medir la variable se utilizó la Escala de Uso del Condón (Milhausen et al., 2007), la cual evalúa la frecuencia (última relación) y la consistencia (últimos 30 días) del preservativo. Está compuesta por tres preguntas, la primera mide la frecuencia con opción de respuesta; no y sí, la segunda y tercera miden la consistencia del uso del condón en los últimos 30 días. Para el análisis de datos los valores de la consistencia oscilarán entre cero y uno, para ello se considerará el número de relaciones sexuales y su coincidencia con el número de veces que utilizó el condón. Por lo tanto, se registrará un

cero cuando exista una inconsistencia y un uno para la consistencia. Unos ejemplos de reactivos son: ¿Cuántas veces has tenido sexo vaginal durante los últimos 30 días? Y posteriormente se pregunta; ¿Durante cuántas de estas veces utilizaste el condón? Los autores indicaron un Alpha de Cronbach de .93 en una población adolescente de Canadá (Apéndice O); para el presente estudio el instrumento se aplicó de manera electrónica (Apéndice P).

Autoeficacia del Adolescente para el Sexo Seguro

La variable se midió con la Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Esta escala se adaptó para adolescentes mexicanos de la Self-efficacy Scale for AIDS (Kasen et al., 1992). La escala valora la autoeficacia sexual para prevenir las ITS y el VIH/sida en cuatro factores: 1) capacidad de decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias (preguntas A1 a A11). 2) capacidades referentes al uso del condón (preguntas C1 a C8), 3) abstinencia sexual hasta el matrimonio y capacidad para hablar temas sexuales con sus padres (preguntas C9 a C12) y 4) capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como el uso de drogas.

Un ejemplo de reactivo es: ¿qué tan seguro estás de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón? La escala contiene 27 reactivos y se contestan en una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1= nada seguro, 2= algo seguro, 3= medio seguro, 4= muy seguro y 5= totalmente seguro. La puntuación total tiene un rango de 27 a 135 puntos, puntajes altos indican un mayor nivel de autoeficacia. Los autores indicaron un Alpha de Cronbach de .91 en una población de adolescentes mexicanos (Apéndice Q); para el presente estudio el instrumento se contestó de manera electrónica (Apéndice R).

Instrumentos de Recolección de Aceptabilidad y Factibilidad

Aceptabilidad

Se utilizó la Evaluación de la Aceptabilidad de la Intervención (Fabrizio et al., 2013), consta de 5 reactivos, un ejemplo es: “Estoy satisfecho con el programa”. Las opciones de respuesta están una escala tipo Likert donde 1 = Muy en desacuerdo a 5 = Muy de acuerdo. La puntuación total tiene un rango de cinco a 25, puntajes altos muestran mayor aceptabilidad del programa (Apéndice FF).

Factibilidad

Se utilizó la Evaluación de la Factibilidad de la Intervención, consta de 12 reactivos, un ejemplo es: “El horario en el que se imparte la sesión ¿Permite el desarrollo adecuado de la intervención?”. La respuesta es dicotómica: sí y no. A mayor respuestas positivas, mayor es la factibilidad (Apéndice EE).

Descripción de la Intervención

Soy Capaz

A continuación, se muestra el objetivo, sustento teórico, el diseño, la implementación y la medición del Manual de intervención *Soy capaz*. El Manual es un producto primigenio e innovador que tiene como objetivo aumentar el conocimiento, las conductas positivas, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual en los docentes. Se sustenta en la Teoría Cognitiva Social, especialmente en la autoeficacia y las expectativas de resultado. El curso de *Soy capaz* midió tres variables: el conocimiento sobre las ITS, VIH y el embarazo, la autoeficacia para transmitir educación sexual y las habilidades en educación sexual. El curso está compuesto por cuatro sesiones de 60 minutos, las cuales se llevaron a cabo de manera virtual en un transcurso de dos semanas; dos en la primera semana y dos en la segunda (Apéndice A).

En la sesión uno “Introducción y conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH”, se presentó al grupo de docentes, se mostró el contenido del programa y se reforzó el conocimiento sobre el embarazo adolescentes, las ITS y el VIH. En la

sesión dos “Barreras y conductas positivas hacia la educación sexual”, se dieron a conocer las barreras más comunes que limitan la educación sexual y se fomentaron conductas positivas.

En la sesión tres “Autoeficacia para impartir temas sexuales” se aumentó la propia seguridad para impartir temas sexuales y, por último, en la sesión cuatro “Habilidades en educación sexual” se aumentaron las habilidades para colocar el condón masculino y se incrementaron las implicaciones conductuales y proactivas en relación con la educación sexual. Las variables se midieron en cuatro ocasiones: en la línea base, después del curso *Soy capaz*, después de la réplica de *¡Cuídate!* y un mes después.

Programa de Intervención ¡Cuídate!

A continuación, se muestra el programa de intervención *¡Cuídate!* el cual tiene como objetivo aumentar el conocimiento, las actitudes, la autoeficacia, los comportamientos y habilidades de comunicación en el adolescente para negociar el uso del condón o la postergación del IVS, con el propósito de prevenir ITS, VIH y embarazos. Se enfatizan los valores culturales de manera positiva y se refuerza la confianza en su capacidad para practicar sexo seguro. Para llevar a cabo el programa fue necesaria la actualización de la información, adaptación a modalidad virtual y en el currículo de capacitación incorporar a los docentes como los proveedores del programa.

¡Cuídate! es la adaptación a adolescentes latinos del programa Be proud! Be responsible! (Jemmott et al., 2010) y según el CDC es el único programa eficaz para reducir los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes de habla hispana. Para llevar a cabo la implementación se utilizaron cuatro manuales: el manual de capacitación para el asistente del proyecto, el manual de implementación, el manual de *¡Cuídate!* para la capacitación del facilitador del proyecto (Apéndice B) y el currículo del facilitador (Apéndice C). A continuación, se describen de manera general cada uno de ellos.

1) Manual de Capacitación para el Asistente del Proyecto. Este manual explica de manera general las funciones del equipo de capacitación, el equipo de apoyo (asistente del proyecto) y del equipo de investigación, a continuación, se presentan las funciones de cada equipo del proyecto (Figura 5): equipo de capacitación (investigador y asistente): los miembros de este equipo fueron los responsables de capacitar a los docentes. Equipo de apoyo (asistente del proyecto): las funciones del asistente consistieron en supervisar que el proyecto respetara el tiempo, contenido y entrega. Al finalizar, el asistente comunicó al investigador como procedió la intervención y si se presentó algún problema. Equipo de investigación (investigador principal): se trabajó con el equipo de apoyo (asistente) para asegurar que la entrega de la intervención siguiera los procedimientos adecuados para garantizar la calidad del programa.

2) Guía Técnica. Esta guía proporcionó información, orientación y asistencia técnica para que se implemente el programa con éxito. La guía ofreció una revisión de la información clave sobre la intervención y abordó las preguntas más comunes que se pudieran presentar en las instituciones educativas durante la implementación.

3) Manual de Implementación del Programa ¡Cuidate!. Este manual explicó los pasos y los recursos que se siguieron para implementar, monitorear y evaluar el programa virtual con éxito. A continuación, se describen los cuatro apartados que lo conforman.

Comenzando. En esta sección se incluyó la información de antecedentes acerca del programa y algunas inquietudes que pudiera tener la institución educativa.

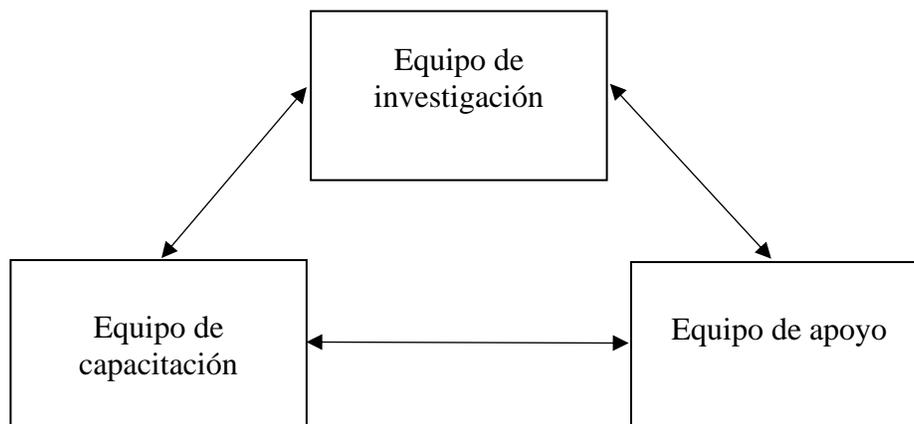
Pre-implementación. Este apartado permitió preparar a la institución educativa para llevar a cabo el programa, entre los pasos a seguir se destacó: crear una línea de tiempo para la implementación y evaluación, negociación de horarios, desarrollo de un plan de evaluación, entre otros.

Implementación. Esta sección describió los aspectos a considerar para la implementación del programa, entre ellos se incluyó: reclutamiento de docentes, compromiso, barreras para la participación, retención y política de asistencia.

Mantenimiento. Esta etapa describió la necesidad de continuar trabajando en la evaluación del programa y el efecto sobre los docentes y los estudiantes, se señaló la importancia de la integración del programa *¡Cúdate!* dentro del currículo escolar.

Figura 5

Organización general de ¡Cúdate!



Nota. El apoyo entre los equipos es bidireccional

4) Manual de ¡Cúdate! para la Capacitación del Facilitador del Proyecto. Este manual incluyó la información necesaria para capacitar a los docentes, ésta constó de seis sesiones de 60 minutos aproximadamente. Se les mostró la información del curso y como replicar el plan de estudios de manera electrónica (Apéndice B). El manual se desarrolló con base a la teoría del ecodesarrollo la cual propone que la comprensión de los factores de riesgo y protección para las conductas adolescentes requiere un entendimiento de los procesos individuales y de desarrollo, así como la consideración el sistema social en el cual ocurren. A su vez, se consideraron factores individuales como

actitudes, conocimiento y creencias, así como los sistemas sociales como la influencia de la familia y los valores de la sociedad. De acuerdo con el manual, para promover un cambio de conducta en salud, el docente requirió:

- 1) Información: para comprender los aspectos importantes de su propia salud.
- 2) Habilidades cognitivas: para examinar sus creencias acerca de los riesgos y consecuencias para la salud personal, así como para analizar las conductas o situaciones que los ponen en riesgo.
- 3) Habilidades intrapersonales: para comprender y manejar sus propios pensamientos y sentimientos.
- 4) Habilidades interpersonales: para definir y ejercer conductas que reduzcan o prevengan riesgos personales de salud.
- 5) Autoeficacia: para creer que pueden dedicarse a las conductas deseadas.
- 6) Motivación: para aplicar en su vida diaria las habilidades aprendidas.
- 7) La creencia: de que otras personas importantes incluyendo adolescentes, padres y familia, apoyan el cambio de conducta.
- 8) Las creencias y actitudes: son consistentes con los valores y normas culturales de su grupo cultural y social.

El programa también contó con los componentes necesarios para incrementar el conocimiento, confianza y las habilidades para apoyar en la promoción de la salud sexual. La capacitación consistió en seis sesiones de una hora; dos sesiones seguidas, una vez por semana. El manual contiene seis estrategias de capacitación que fueron utilizadas para asegurar el éxito del adiestramiento.

- 1) Modelaje: es el proceso de ponerles el ejemplo a los demás por medio de la propia conducta.
- 2) Improvisación: es un proceso por medio del cual los participantes tienen oportunidad de practicar las habilidades que han aprendido en las sesiones

virtuales. Entre ellas pedir voluntarios o asignar participantes para que actúen en situaciones.

- 3) El facilitador le pide al resto del grupo que observe la interacción: el facilitador debe asegurarse que los participantes entiendan su papel y alentarlos a actuar de forma realista. Los facilitadores pueden hacer la función de entrenadores y dar sugerencias cuando sea necesario, también pueden hacer preguntas para asegurarse que los actores piensen en todas las opciones que tienen a su disposición es crucial que los actores principales usen los pasos conductuales o puntos más importantes que se han presentado o modelado.
- 4) Retroalimentación: se les pedirá a los participantes que demuestren varias habilidades dentro del grupo. Algunos ejemplos de retroalimentación sobre la actuación son las situaciones de improvisación, es importante que el facilitador proporcione retroalimentación de forma que apoye al participante.
- 5) Actividades interactivas y juegos competitivos: estas actividades proporcionan la oportunidad de practicar el conocimiento y habilidades que se encuentran presentes en el currículum.
- 6) Aprendizaje: significa capacitar a alguien en una habilidad y que el aprendizaje sea tan significativo de lo que al principio pueda parecer necesario.

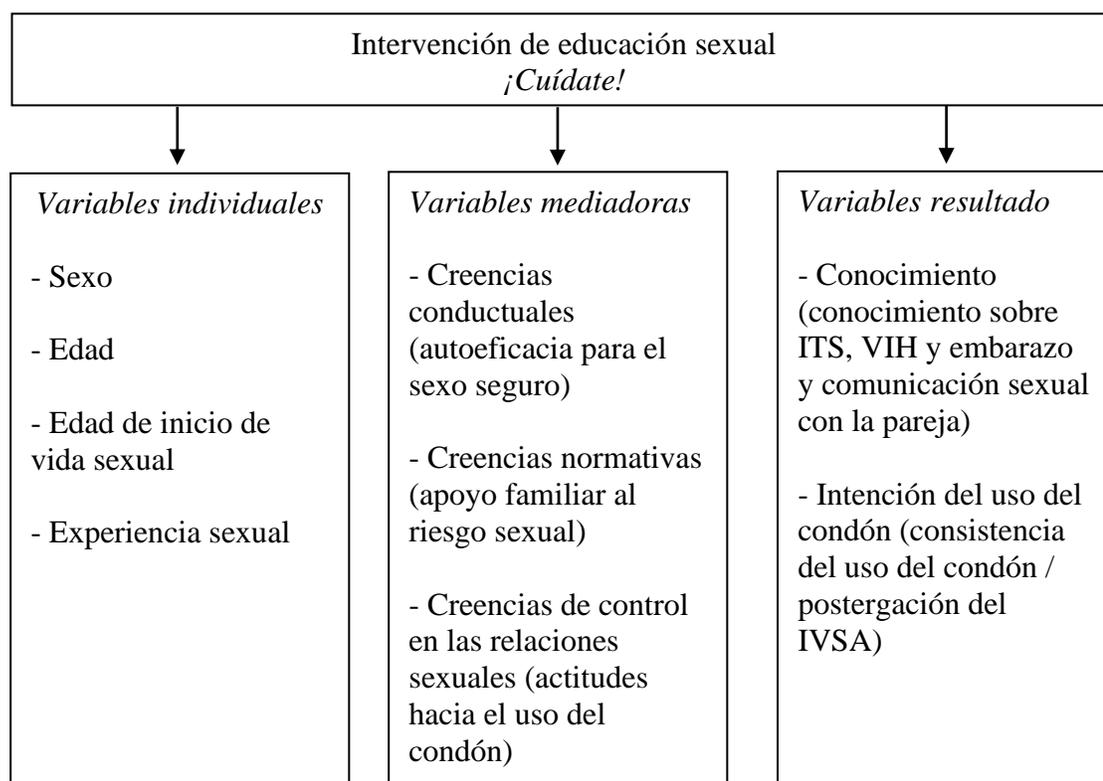
5) Currículo del Facilitador. Este manual incluyó la información, actividades y material electrónico que necesitó el docente para impartir el programa a los estudiantes. Se contempló la información que el docente debía decir en cada diapositiva, en qué momento y las instrucciones para llevar a cabo cada actividad. La presentación de Power Point, se conformó de palabras claves e imágenes a modo de apoyo audiovisual al currículum, se mostraron las actividades de aprendizaje, a través de discusiones en pequeños grupos, videos, juegos, demostraciones, juegos de roles, entre otros (Apéndice C).

Las primeras dos sesiones abordaron los valores culturales e información sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH/sida, la sesión tres se enfocó en aumentar la responsabilidad hacia las conductas sexuales seguras, la sesión cuatro promovió las actitudes positivas y creencias normativas hacia un encuentro sexual más seguro. La sesión cinco mostró las habilidades del uso del condón mediante un video y enfatizó las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, por último, la sesión seis mostró estrategias de negociación y rechazo de conductas sexuales de riesgo.

La intervención fue modificada para ser transmitida por los docentes y se considera el único programa que aborda las creencias culturales latinas relacionadas con la postergación del IVS y el uso del condón (Figura 6). Varios artículos apoyan la eficacia de la intervención en cuanto al aumento de del conocimiento sobre las ITS, VIH y embarazo (Serowoky et al., 2015), las actitudes y la autoeficacia hacia el uso del condón (Espada et al., 2015; Kelsey et al., 2016; Serowoky et al., 2015), la comunicación para promover comportamientos sexuales más seguros (Morales et al., 2017; Villarruel et al., 2008), uso consistente del condón (Espada et al., 2017; Morales et al., 2017; Serowoky et al., 2015) y el aumento de las conductas sexuales seguras como la postergación del IVS (Espada et al., 2015).

Figura 6

Modelo del Programa de Intervención Educativa ¡Cúídate! para evitar las conductas sexuales de riesgo



Nota. En la figura se muestran las variables del modelo de *¡Cúídate!* y entre paréntesis las variables que se utilizaron para el presente estudio.

Diseño Final de la Intervención

A partir de la implementación de la intervención tanto en la prueba piloto como en la prueba final, los docentes recomendaron algunos aspectos que agregaron mayor valor a los dos programas, como: instrucciones, palabras clave, imágenes y dinámicas específicas para alcanzar un mayor entendimiento tanto para ellos como para los adolescentes. Se sugirió agregar contenido que vaya de acuerdo con los libros de la SEP y que estos no se explican a fondo. También hicieron recomendaciones respecto a los

instrumentos de medición en los adolescentes. A continuación, se mencionan las modificaciones que se realizaron en *Soy capaz* y en *¡Cúdate!*

Resultados de Diseño en Soy Capaz

De acuerdo con las sugerencias de los docentes se realizaron las siguientes modificaciones: en las actividades donde se solicita una respuesta escrita, se cambió a una respuesta verbalizada. En la sesión uno “Conociendo sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH” se incluyó información sobre los riesgos de contagio en parejas homosexuales y la vacuna contra el VPH. En la sesión dos, en la actividad “Barreras en la comunicación” se incorporó el tema de lenguaje corporal, para que los docentes se sientan más seguros y confiados de su comportamiento y que este coincida con la información importante y seria que están brindando. Además, uso correcto del lenguaje corporal permite transmitir el mensaje de una forma eficaz. En la sesión tres se realizaron cambios de diseño para su mayor entendimiento. Por último, en la sesión cuatro, se agregó una cuarta actividad que incorporó un protocolo de actuación ante la detección de casos de abuso sexual (SEP, 2015).

Resultados de Diseño en ¡Cúdate!

De acuerdo con las sugerencias de los docentes y algunos adolescentes durante la implementación, las instrucciones de cada actividad se cambiaron a descripción tipo invitación y no como obligación a participar, de manera que en lugar de mencionar “todos deben participar” se cambió a “todos están invitados a participar”. Respecto a la diapositiva de “Valores culturales” el nombre se cambió por “Aspectos culturales”, el valor de “mujer amorosa” se cambió de nombre y definición dado que no correspondía a que una mujer amorosa fuera aquella que sigue órdenes de un hombre, por lo tanto, se cambió a “mujer sumisa” y la definición pasó a ser: “Son mujeres que no hacen valer su opinión, NO expresan lo que realmente quieren o no quieren y esperan que un hombre o alguien más les diga que hacer.”

Los juegos de roles se actualizaron a un lenguaje más usado por los jóvenes y se agregaron conversaciones que incluían el uso de dispositivos electrónicos y redes sociales. En cuanto a las preguntas de todas las sesiones se modificaron de manera que fueran más específicas y se eliminó el adverbio inicial “no” para hacerlas afirmaciones, esto se realizó porque los docentes refirieron que pedagógicamente los estudiantes comprenden mejor las estructuras prácticas, cortas y simples. Durante todas las sesiones se agregó más información e imágenes sobre las ITS, así mismo, se incluyeron las redes sociales en las dinámicas. En la sesión tres, se agregó una diapositiva llamada “Piénsale bien” en donde se incorporaron precios de la consulta ginecológica, multivitamínicos, parto, cesárea, pañales, cita con el pediatra y leche en polvo, además se mencionaron los riesgos asociados al embarazo adolescente.

Tratamiento del Grupo Experimental

Inicialmente se brindó a los docentes el curso virtual de *Soy capaz*, el cual tuvo como objetivo aumentar el conocimiento, las conductas positivas, la autoeficacia y las habilidades en educación sexual. Con la base de la Teoría Cognitiva Social se hizo énfasis en los factores personales y en dos aspectos de la conducta; la autoeficacia y las expectativas de resultado, considerando como variables el conocimiento sobre las ITS, VIH y embarazo, la autoeficacia del docente para transmitir educación sexual y las habilidades en educación sexual. Se formaron cuatro equipos a fin de facilitar el desarrollo de las actividades y hacer más cómodos los horarios dependiendo de su carga académica.

El curso *Soy capaz* contiene cuatro sesiones de 60 minutos (Apéndice A); la sesión uno “Introducción y conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH” tuvo como objetivos: presentar al equipo y grupo de docentes, mostrar el contenido del programa y reforzar el conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH. Contó con dos actividades que incluyeron planteamiento de objetivos y activación de conocimientos previos para conocer aspectos relevantes de las conductas

sexuales de riesgo. La sesión dos “Barreras y conductas positivas hacia la educación sexual” tuvo como propósito conocer las barreras que limitan la educación sexual y fomentar las conductas positivas hacia la educación sexual. Contó con dos actividades que utilizaron experiencias compartidas para identificar las barreras de comunicación y discusión de caso para aumentar las conductas positivas para impartir temas sexuales.

La sesión tres “Autoeficacia para impartir temas sexuales” tuvo como objetivo aumentar la propia seguridad para impartir temas sexuales. Se compuso por dos actividades que incorporaron preguntas intercaladas para conocer el concepto de autoeficacia y sus beneficios. También se generó un grupo de discusión y se compartieron experiencias para aumentar su propia confianza para transmitir temas sexuales. La sesión cuatro “Habilidades en educación sexual” tuvo como propósito aumentar las habilidades para colocar el condón masculino e incrementar las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes con relación a la educación sexual. Se compuso por tres actividades que incluyeron; ilustraciones y juego de cartas para conocer e identificar los pasos para la colocación correcta del condón masculino y un grupo de discusión para debatir actividades del docente con relación a la educación sexual.

Soy capaz se implementó dos semanas previas a la capacitación de *¡Cúdate! A* continuación, se muestra la cronología de implementación de *Soy capaz*:

Semana uno/ Día 1: Primera medición a los docentes (Cédula de Datos Sociodemográficos y las Escalas de Autoeficacia y Habilidades en Educación Sexual) y sesión uno. Tiempo estimado 80 minutos.

Semana uno/ Día 2: Sesión dos. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana dos/ Día 3: Sesión tres. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana dos/ Día 4: Sesión cuatro y segunda medición a los docentes (Escalas de Autoeficacia y Habilidades en educación sexual). Tiempo estimado 70 minutos.

El tiempo total de la intervención *Soy capaz* y las evaluaciones fue de cuatro horas y 30 minutos.

Una vez finalizado *Soy capaz* y las evaluaciones, se les capacitó sobre el programa *¡Cuídate!* el cual tuvo como objetivo prepararlos para que lo repliquen a sus estudiantes. La capacitación se llevó a cabo en dos semanas, esta incluyó la información a transmitir, el desarrollo de habilidades educativas, como colocar correctamente un condón y como replicar la intervención con el grupo previsto (Apéndice B); a continuación, se muestra la cronología de la capacitación virtual de *¡Cuídate!* a los docentes:

Semana tres: Sesión uno y dos. Tiempo estimado 120 minutos.

Semana cuatro: Sesión tres y cuatro. Tiempo estimado 120 minutos.

Semana cinco: Sesión cinco, seis y tercera medición a los docentes. Tiempo estimado 130 minutos. El tiempo total de la capacitación de *¡Cuídate!* y su medición fue de seis horas y 10 minutos.

Una vez que los docentes recibieron el curso de *Soy capaz* y la capacitación de *¡Cuídate!*, dos semanas después replicaron *¡Cuídate!* en modalidad virtual a los estudiantes. La dosis fue en seis sesiones de 60 minutos una vez por semana (Apéndice C), cada sesión fue supervisada en su totalidad por un asistente. Para facilitar la réplica se formaron dos grupos de maestros; seis de ellos, elegidos aleatoriamente replicaron el curso a 17 estudiantes de Nuevo León, cada uno ofreció una sesión y la sexta sesión fue impartida por todos. Por otro lado, los 22 docentes restantes replicaron el curso a los 178 estudiantes de una secundaria de Tamaulipas, cuatro maestros impartieron cada una de las sesiones y en la última. Cabe resaltar que todos los maestros estuvieron presentes en cada una de las sesiones.

¡Cuídate! se impartió de la siguiente manera: en la primera semana se reforzaron los conocimientos acerca de la concepción del embarazo y las formas de transmisión de las ITS y el VIH. En la segunda semana se aclararon mitos sobre las ITS/VIH y se

fortaleció la información sobre los comportamientos sexuales seguros. En la tercera semana se les mostró como comunicar temas sexuales con la pareja y a negociar conductas sexuales seguras. En la cuarta semana se les enseñó sobre actitudes positivas hacia la conducta sexual segura. En la quinta semana desarrollaron destrezas para colocar correctamente un condón y se reforzaron las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección. Por último, en la sexta semana se llevaron a cabo habilidades de negociación y rechazo, así como el reforzamiento de los conocimientos previamente vistos. A continuación, se muestra la cronología de *¡Cuídate!* (docentes a estudiantes):

Semana seis: se reclutaron los estudiantes

Semana siete: Primera medición a los estudiantes. Sesión uno. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana ocho: Sesión dos. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana nueve: Sesión tres. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana diez: Sesión cuatro. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana once: Sesión cinco. Tiempo estimado 60 minutos.

Semana doce: Sesión seis y evaluación final de docentes y estudiantes. Tiempo estimado 90 minutos.

El tiempo total de la réplica de *¡Cuídate!* y las evaluaciones fue de seis horas y 30 minutos. Como resultado el tiempo total de esta intervención fue de 17 horas (sin contar la evaluación al mes).

Reclutamiento de Asistentes

El reclutamiento de los asistentes estuvo a cargo del investigador principal. Se establecieron como criterios de selección: 1) ser profesional de la salud, 2) tener entre 20 y 25 años, 3) tener disponibilidad de horario, 4) tener la habilidad de comunicación con adolescentes y 5) tener una actitud positiva hacia la educación sexual.

La difusión para la selección de los asistentes se realizó a través de redes sociales de facultades e instituciones relacionadas con la salud. Aquellas personas interesadas se

les convocó a una entrevista vía ZOOM donde se les explicó el objetivo del programa, la metodología, duración, compensación económica y actividades generales a realizar. También se les aplicó un cuestionario para elegir los mejores candidatos (Apéndice CC), a los seleccionados se les dio a conocer las responsabilidades e importancia de su asistencia en cada sesión.

Al principio del desarrollo del estudio se pretendía reclutar tres asistentes en dado caso de llegar a entregarse de manera presencial, pero al no ser así por las condiciones de pandemia se reclutó solo un asistente dado que los horarios de la intervención no se interponían unos con otros. Se le capacitó sobre el tiempo del programa, secuencia, organización, componentes, actividades específicas y explicación de la lista de cotejo para corroborar que el docente mostraba la información y las actividades de acuerdo con el programa. Se le indicó que si detectaba algún problema en la entrega de la intervención debía informarlo al investigador principal. El asistente participó desde el pre-test de los docentes hasta el mes de seguimiento de los adolescentes.

Reclutamiento de Docentes

El curso se dio a conocer a las secundarias vía telefónica y por correo electrónico desde cinco meses atrás (marzo del 2021). Al no obtener respuesta se habló a la SEP y se mandó un escrito por parte de la Facultad de Enfermería en donde se describía el curso y la importancia de este, sin embargo, tampoco hubo respuesta. Tres meses después (junio del 2021) se llamó y envió correos nuevamente a las secundarias, sin embargo, debido al alza de contagios por COVID-19 los directores de los planteles rechazaban el estudio ya que se encontraban bajo presión de la SEP para llevar a cabo las clases híbridas y no tenían la oportunidad de que sus docentes tomaran un curso de educación sexual.

Ante esta limitante y dando inicio al semestre escolar (julio del 2021) se decidió compartir vía Facebook una invitación electrónica mencionando las características del

curso, el contacto y una compensación económica a cada docente que participara. De esta manera la invitación fue exitosa y se contactaron docentes de primarias, secundarias y preparatorias de diferentes estados, públicas y privadas y de educación especial. Finalmente se reclutó una muestra de 28 docentes (23 de Nuevo León, uno de Coahuila, tres de Tamaulipas y uno de Tabasco) los cuales cumplían con los criterios de inclusión y pertenecían a secundarias de estrato bajo alto y bajo bajo.

Se les agregó a un grupo de WhatsApp donde se resolvieron dudas y se les compartieron los enlaces del Consentimiento Informado (Apéndice X), la Cédula Virtual de Datos Sociodemográficos del Docente (Apéndice E), la Escala Virtual de Autoeficacia en Educación Sexual (Apéndice T) y la Escala Virtual de Habilidades de Educación Sexual (Apéndice V). Se les explicaron las responsabilidades y compromisos adquiridos para la implementación del programa y la importancia de la disponibilidad de tiempo. Posteriormente, se negoció la fecha y horario de los programas.

Inicialmente se tenía planeado que cada docente replicara *¡Cúdate!* a uno de sus grupos de clase, sin embargo, debido a la nula participación de las secundarias se les solicitó a los docentes que invitaran a sus estudiantes a recibir el programa virtual en un horario fuera de clases. Finalmente, aceptaron participar 17 alumnos de Nuevo León y 178 de Tamaulipas. La intervención se llevó a cabo en 12 semanas, un mes después se realizó la evaluación de seguimiento.

Procedimiento de Recolección de Datos

Una vez que se obtuvo el dictamen favorable por parte de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería, se solicitó la autorización a los directivos de las secundarias para proceder a realizar la intervención de forma virtual. A los docentes que aceptaron participar se les entregó el Consentimiento Informado Virtual del Docente (Apéndice X), en este se les dio a conocer el objetivo del programa, duración, riesgos, beneficios, entre otros. Se les explicaron las responsabilidades y compromisos adquiridos para la implementación del

programa y se hizo hincapié en la disponibilidad de tiempo. Posteriormente, se negoció la fecha y horario de los cursos: *Soy capaz* y la capacitación del programa *¡Cuídate!*

Se formaron cuatro grupos para ser flexible a sus horarios y también para que los grupos fueran pequeños y de esta manera se lograra una mayor participación y como resultado un mejor aprendizaje. Las sesiones se impartieron por medio de la plataforma ZOOM, se les compartió un enlace con la cédula de datos sociodemográficos y los instrumentos de medición, una vez realizada la evaluación se dio inicio a la primera sesión de *Soy capaz*. En la primera semana se ofrecieron las primeras dos sesiones de forma consecutiva, mientras que en la segunda semana se aplicaron las últimas dos y se aplicarán nuevamente los instrumentos de medición. Para evitar la falta de algunos participantes, estos podían reponer las horas en otro grupo.

En la semana tres, cuatro y cinco se realizó la capacitación virtual del programa *¡Cuídate!*, posteriormente en la semana seis se reclutaron los estudiantes y se les compartió a los estudiantes el enlace para el consentimiento informado de los padres, el asentimiento informado, la cédula de datos sociodemográficos y los instrumentos. Aquellos estudiantes que recibieron la aprobación y decidieron participar se les asignó un horario para las sesiones. Después, de la semana siete a la doce los docentes replicaron *¡Cuídate!*; una sesión por semana. Durante toda la intervención un asistente supervisó la entrega. En la semana doce, los docentes y estudiantes fueron evaluados, así como un mes después.

Medidas para Evitar Pérdida de Participantes

Para evitar que los docentes abandonaran el estudio se emprendieron las siguientes medidas: al inicio de la intervención se les mencionó la importancia de participar y permanecer en el estudio. Se les entregó una compensación económica y una constancia de participación a los que asistieron al 80% de las sesiones. Un día antes de cada sesión se les envió por WhatsApp el enlace de la reunión y la hora a modo de recordatorio, si alguien no se podía conectar en su horario habitual se le daba la facilidad

de conectarse en otro. Los docentes mencionaron que lo más importante para ellos fueron las constancias, dado que la SEP les solicitaba de dos a tres al año.

Minimización de Amenazas a la Investigación

Para disminuir las amenazas a la validez interna del estudio se realizaron las siguientes acciones (Burns & Grove, 2005; Sidani & Braden, 2011): la investigadora principal no participó en la réplica del programa *¡Cuidate!* para evitar la posibilidad de amenaza de compensación del tratamiento. La función de la investigadora principal se centró en la preparación de los docentes, supervisión de la intervención, coordinación de las actividades y la gestión de permisos y recursos. Para la supervisión de la intervención se empleó una lista de cotejo en cada sesión (Apéndice DD) a fin de confirmar el orden, información y actividades correctas.

Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención

La fidelidad de la intervención se evaluó durante toda la entrega (Sidani & Braden, 2011), esto incluyó: 1) asegurar la dosis de tratamiento dentro de las condiciones, 2) garantizar una dosis equivalente en todas las condiciones y 3) la planificación de los contratiempos de implementación. En primer lugar, para conservar la consistencia con *¡Cuidate!* se utilizó Manual de Capacitación para el Asistente del Proyecto, la guía técnica, el Manual de implementación del programa *¡Cuidate!*, el Manual de *¡Cuidate!* para la Capacitación del Facilitador del Proyecto y el Currículo del Facilitador, todos estos propuestos por el autor.

Para controlar la información, la dosis y las actividades, los docentes contaron con un manual de facilitador y una presentación electrónica que les sirvió como guía. En conjunto con lo anterior, cada docente y asistente recibió una capacitación para conocer el contenido y entrega de *¡Cuidate!*, así mismo el asistente monitorizó cuidadosamente todas las sesiones con una lista de cotejo donde se evaluaron el apego a los temas y actividades, el cumplimiento del tiempo y orden establecido, cómo se llevó a cabo la intervención y si se presentó alguna limitación (Apéndice DD).

Criterios de Aceptabilidad

Se midió la aceptabilidad para conocer cuáles eran los contenidos, dosis o implementación que deberían ser modificados. Ésta se midió a través de la percepción de los participantes y la operacionalización de la intervención (Sidani & Braden, 2011). La percepción de aceptabilidad de la intervención incluyó la satisfacción, conveniencia, utilidad, riesgos y adherencia. La operacionalización de la aceptabilidad de la intervención incluyó el diseño y la evaluación. El diseño de la intervención indagó la aceptabilidad desde un sentido de pertenencia y adecuación a través de dos enfoques: inductivo experimental y consultivo deductivo; esto significa que el contenido y actividades de la intervención fueron coherentes durante el desarrollo e implementación. Para evaluar la aceptabilidad de la intervención se evaluaron cuatro indicadores: tasa de inscripción, tasa de retención, tasa de abandono y satisfacción con la intervención, para este último se utilizó una encuesta de satisfacción (Apéndice FF).

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (Secretaría de Salud, 1987) esta establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación (Artículo 3, Fracción I).

Esta investigación se realizó conforme a lo establecido en el Título segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Conforme al Artículo 14, Fracciones VIII, el estudio se sometió a aprobación por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). El Artículo 13 dispone que durante el reclutamiento, selección, tratamiento y seguimiento de los participantes se garantice el respeto a la dignidad, protección de sus derechos y bienestar. Se cumplió con el Artículo 16 que establece la protección a la privacidad del participante por lo que los resultados del estudio sólo se presentaron en forma general y anónima. De acuerdo con el Artículo

21, Fracciones I, II, III, IV los participantes recibieron una explicación clara y completa del objetivo, procedimientos, posibles riesgos o molestias esperadas y posibles beneficios. Según la Fracción VI se garantizó la respuesta a cualquier pregunta sobre los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación.

Dado que la población estudiada comprendió menores de edad, se entregó el consentimiento informado a los padres o tutores (Apéndice Y) y el asentimiento a los adolescentes (Apéndice AA) tal como lo estipula el Capítulo III, Artículo 36. Dada la modalidad virtual ambos consentimientos se realizaron de forma electrónica y se compartieron a través de un enlace (Apéndice Z y BB). En el caso de los docentes, también se les entregó un enlace para responder el consentimiento informado (Apéndice W y X) como lo describe el Capítulo I, Artículo 20. De la misma manera, se aseguró que se hayan realizado estudios semejantes en menores de edad como lo establece el Artículo 35.

Según el Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, este estudio es considerado de riesgo mínimo, debido a que al tratar temas relacionados con la sexualidad tanto el docente como el estudiante pudieron sentirse incómodos en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizaron o los videos que se mostraron. De acuerdo con el Artículo 21, Fracción VII, se les informó sobre el derecho de renunciar al estudio en cualquier momento que lo consideraran pertinente sin que esto afectara sus intereses personales o dar lugar a represalias.

Conforme al Capítulo V, Artículo 57, las dos poblaciones se consideraron grupos subordinados, en el caso de los estudiantes se les reiteró que los resultados no tendrían sanciones académicas y en los docentes que no habría represalias por parte del director (a), en su contrato o en su salario. Se cumplió con el Artículo 58 al contar con la participación de dos miembros capaces de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión, así mismo se efectuó el Artículo 113, al permitir que la conducción de la investigación estuviera a cargo del investigador principal, el cual fue

un profesional de la salud con formación académica y experiencia adecuada para la dirección del estudio.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21, se utilizó estadística descriptiva para explicar las características sociodemográficas, el comportamiento en educación sexual de los docentes y la conducta sexual en los adolescentes. Se analizaron las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, medidas de tendencia central y variabilidad para las variables continuas, además se especificó la distribución de las variables del docente a través de la prueba Shapiro-Wilk dado que la muestra fue menor a 50 ($n = 28$) y la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors en los adolescentes por ser una muestra mayor a 50 ($n = 195$). A continuación, se presenta el plan de análisis de acuerdo con los objetivos y las hipótesis del estudio.

Para dar respuesta al primer objetivo y a las hipótesis del estudio se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas respecto al pre-test con las demás mediciones, posteriormente se utilizó la prueba de Friedman para comparar todas las mediciones entre sí. La variable Postergación del inicio de vida sexual se respondió con estadística descriptiva, y el Uso Consistente del Condón se midió con la prueba Q de Cochran dada su respuesta dicotómica. Para responder al segundo y tercer objetivo orientado a estimar la factibilidad y aceptabilidad de la intervención se utilizó estadística descriptiva.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados de la implementación de *Soy capaz* y *¡Cuídate!*, las características sociodemográficas de los participantes, la consistencia interna de las escalas y subescalas, y la prueba de normalidad. Posteriormente, se muestra la estadística descriptiva e inferencial de las variables del docente y del adolescente. Por último, se presentan los resultados de la factibilidad y aceptabilidad de ambos programas.

Características Sociodemográficas de los Participantes

A continuación, se presentan las características sociodemográficas de los docentes. El grupo se conformó por 28 participantes de 24 a 67 años ($M = 41$, $DE = 10.02$), predominó el sexo femenino (78.6%) y la religión católica (75%), seguida por la cristiana (14.3%) y ninguna (10.7). El estado civil mayoritario fue casado (53.6%), seguido por soltero (39.3%) y divorciado (7.1%), la media de años laborado como docente fue de 16.25 ($DE = 10.30$), con un mínimo de dos y un máximo de 40. Por otro lado, participaron 195 adolescentes entre 12 y 15 años ($M = 13$, $DE = 1.09$), el 48.2% fueron hombres y el 51.8% mujeres. 77 participantes ya habían iniciado vida sexual, de los cuales 10 iniciaron a los 12 años, 30 a los 13, 21 a los 14 y 16 a los 15 años. El mínimo de parejas sexuales fue de 1 ($f = 63$) y el máximo de 2 ($f = 14$). Respecto a la postergación del inicio de vida sexual, no se notificó un inicio de vida sexual durante la intervención ni en el seguimiento.

Consistencia Interna de las Escalas y Subescalas

En el caso de los docentes se utilizó el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992) y el Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar (Pássaro et al., 2019); subescalas de autoeficacia y de involucramiento

conductual. De acuerdo con la literatura (Burns & Grove, 2005) los instrumentos con sus subescalas contaron con un Alpha de Cronbach aceptable (Tabla 4).

Tabla 4

Consistencia interna de los instrumentos del docente

Instrumento	Reactivos	α	
		Pre-test	Post-test
Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS	23	.87	.89
Cuestionario de Educación Sexual en el Entorno Escolar			
Subescala autoeficacia	19	.97	.96
Subescala involucramiento conductual	15	.94	.96

Fuente. Base de datos de confiabilidad de instrumentos

Nota. α = Alfa de Cronbach

Por otro lado, en los adolescente se utilizó la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (Robles et al., 2011); subescala de actitudes, la Escala de Comunicación entre Parejas (Milhausen et al., 2007), el Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992), la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005); subescala de apoyo familiar, la Escala de Uso del Condón (Milhausen et al., 2007) y la Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). En la Tabla 5 se muestra que la mayoría de los instrumentos y subescalas obtuvieron un Alpha de Cronbach aceptable.

Tabla 5*Consistencia interna de los instrumentos del adolescente*

Instrumento	Reactivos	α	
		Pre-test	Post-test
Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual			
Subescala Actitudes	6	.67	.52
Escala de Comunicación entre Parejas	5	.75	.72
Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS	23	.47	.55
Escala de Provisión Social para Sexo Seguro			
Subescala Apoyo Familiar	19	.88	.72
Escala de Uso del Condón			
Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida	27	.62	.75

Fuente. Base de datos de confiabilidad de instrumentos*Nota.* α = Alfa de Cronbach**Prueba de Normalidad**

Previo al análisis inferencial se indagó la distribución de las variables a partir de la prueba de Shapiro-Wilk para los docentes (muestra menor a 50) y Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para los estudiantes (muestra mayor a 50). En la Tabla 6 se muestra que las tres variables del docente presentaron una distribución no normal ($p < .05$) por lo que se utilizó estadística no paramétrica. En primer lugar, se aplicó la prueba de Wilcoxon para comparar el pre-test con cada una de las mediciones, después se contrastaron las tres mediciones de cada variable con la prueba de Friedman.

Tabla 6*Prueba de Shapiro-Wilk en docentes*

Variable	D^a	p
Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo	.877	.003
Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual	.906	.016
Habilidades de educación sexual	.919	.032

Nota. D^a = Prueba de normalidad; p = Valor de p

En la Tabla 7 se muestra que todas las variables del adolescente presentaron una distribución no normal ($p < .05$), por lo que se aplicó estadística no paramétrica. Primero se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar el pre-test con cada una de las mediciones, después se analizaron las tres mediciones de cada variable con la prueba de Friedman.

Tabla 7*Prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors en adolescentes*

Variable	D^a	p
Actitudes hacia el uso del condón	2.48	.001
Comunicación sexual con la pareja	1.79	.003
Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo	2.04	.001
Apoyo familiar al riesgo sexual	1.50	.022
Uso consistente del condón	3.01	.001
Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro	1.99	.001

Nota. D^a = Prueba de normalidad; p = Valor de p

Estadística Descriptiva de las Variables del Docente

A continuación, se presenta la estadística descriptiva de los instrumentos de medición y de manera general por variable en el pre-test, post-test Soy capaz, post-test *¡Cuidate!* y en el seguimiento. En la Tabla 8 se muestran los reactivos del instrumento del Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo, cabe resaltar que los reactivos uno, dos, cuatro, nueve, 17, 18 y 22 tienen respuesta invertida. Se evidenció que el 82.60% de los participantes presentaron mayores puntajes a lo largo de la intervención, entre ellos se encuentran un mayor incremento en los reactivos relacionados con las ITS y el uso del condón. Pese al aumento de los puntajes desde el pre-test hasta el post-test de *¡Cuidate!*, en algunos casos la evaluación de seguimiento presentó un ligero descenso.

Tabla 8

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test Soy capaz		Post-test <i>¡Cuidate!</i>		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Una mujer NO puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.	Incorrecto	22	78.6	25	89.3	23	82.1	23	82.1
	Correcto	6	21.4	3	10.7	5	17.9	5	17.9
2. Si una mujer se lava la vagina después de tener relaciones sexuales, NO quedará embarazada.	Incorrecto	26	92.9	28	100	28	100	28	100
	Correcto	2	7.1	0	0	0	0	0	0

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 8

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo (Continuación)

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test Soy capaz		Post-test ¡Cuidate!		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. Si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), ella puede quedar embarazada.	Incorrecto	6	21.4	0	0	3	10.7	0	0
	Correcto	22	78.6	28	100	25	89.3	28	100
4. Una mujer que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, NO aumenta su posibilidad de quedar embarazada.	Incorrecto	23	82.1	26	92.9	25	89.3	26	92.9
	Correcto	5	17.9	2	7.1	3	10.7	2	7.1
5. Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene.	Incorrecto	9	32.1	0	0	1	3.6	1	3.6
	Correcto	19	67.9	28	100	27	96.4	27	96.4
6. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina.	Incorrecto	10	35.7	1	3.6	1	3.6	3	10.7
	Correcto	18	64.3	27	96.4	27	96.4	25	89.3
7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.	Incorrecto	4	14.3	0	0	0	0	0	0
	Correcto	24	85.7	28	100	28	100	28	100
8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón	Incorrecto	5	17.9	0	0	0	0	0	0
	Correcto	23	82.1	28	100	28	100	28	100

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 8

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo (Continuación)

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test Soy capaz		Post-test ¡Cuidate!		Seguimiento	
		f	%	f	%	f	%	f	%
9. No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien.	Incorrecto	27	96.4	28	100	26	92.9	26	92.9
	Correcto	1	3.6	0	0	2	7.1	2	7.1
10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.	Incorrecto	6	21.4	2	7.1	0	0	0	0
	Correcto	22	78.6	26	92.9	28	100	28	100
11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.	Incorrecto	6	21.4	0	0	0	0	0	0
	Correcto	22	78.6	28	100	28	100	28	100
12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.	Incorrecto	0	0	0	0	0	0	0	0
	Correcto	28	100	28	100	28	100	28	100
13. Si tienes sida, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades.	Incorrecto	2	7.1	0	0	0	0	0	0
	Correcto	26	92.9	28	100	28	100	28	100
14. Una persona puede tener el virus del sida y transmitírselo a otras personas, aunque no parezca enfermo.	Incorrecto	0	0	0	0	0	0	2	7.1
	Correcto	28	100	28	100	28	100	26	92.9

Nota. f = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 8

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo (Continuación)

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test Soy capaz		Post-test ¡Cuidate!		Seguimiento	
		f	%	f	%	f	%	f	%
15. Una forma en que muchas mujeres contraen sida es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.	Incorrecto	13	46.4	6	21.4	2	7.1	9	32.1
	Correcto	15	53.6	22	78.6	26	92.9	19	67.9
16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer sida.	Incorrecto	15	53.6	9	32.1	2	7.1	4	14.3
	Correcto	13	46.4	19	67.9	26	92.9	24	85.7
17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer sida o ITS.	Incorrecto	27	96.4	28	100	28	100	27	96.4
	Correcto	1	3.6	0	0	0	0	1	3.6
18. Hay una buena posibilidad de contagiarse con sida si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene sida.	Incorrecto	26	92.9	28	100	28	100	26	92.9
	Correcto	2	7.1	0	0	0	0	2	7.1
19. El virus de sida está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal.	Incorrecto	2	7.1	1	3.6	0	0	0	0
	Correcto	26	92.9	27	96.4	28	100	28	100

Nota. f = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 8

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo (Continuación)

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test Soy capaz		Post-test ¡Cuídate!		Seguimiento	
		f	%	f	%	f	%	f	%
20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.	Incorrecto	3	10.7	0	0	0	0	0	0
	Correcto	25	89.3	28	100	28	100	28	100
21. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón.	Incorrecto	3	10.7	1	3.6	2	7.1	1	3.6
	Correcto	25	89.3	27	96.4	26	92.9	27	96.4
22. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo.	Incorrecto	22	78.6	22	78.6	23	82.1	23	82.1
	Correcto	6	21.4	6	21.4	5	17.9	5	17.9
23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede disminuir su efectividad.	Incorrecto	6	21.4	3	10.7	1	3.6	1	3.6
	Correcto	22	78.6	25	89.3	27	96.4	27	96.4

Nota. f = Frecuencia; % = Porcentaje

En la Tabla 9 se muestra que la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual, mostró un crecimiento en el 100% de sus reactivos. Se identificó que en todos los reactivos el mayor aumento se presentó del pre-test al post-test *Soy capaz*. Como ejemplo, el reactivo dos: “Hablar abiertamente sin tabúes sobre sexualidad con mis estudiantes”, mostró un incremento de 1.04 en la media del pre-test al post-test *Soy capaz*., sin embargo de esta última medición y el post-test ¡Cuídate! solo incrementó .18. Otro notorio aumento en la media del del pre-test al post-test *Soy capaz* fue el reactivo 15: “Hablar de comportamiento sexual/intimo” aumentó 1.18 y solo .14 a la siguiente

evaluación. Se puede observar que *Soy capaz* consiguió aumentar y sostener los reactivos.

Tabla 9

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Abordar temas de educación sexual con mis estudiantes.	Pre-test	4.00	4.00	1.54
	Post-test	5.25	5.00	.75
	Soy capaz			
	Post-test	5.46	6.00	.69
	<i>¡Cúdate!</i>			
2. Hablar abiertamente sin tabúes sobre sexualidad con mis estudiantes.	Seguimiento	5.32	5.00	.67
	Pre-test	4.21	4.00	1.52
	Post-test	5.25	5.00	.79
	Soy capaz			
	Post-test	5.43	6.00	.74
3. De manejar comportamientos inadecuados cuando se hable de temas sexuales.	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.32	6.00	.86
	Pre-test	4.43	4.00	1.26
	Post-test	4.93	5.00	1.18
	Soy capaz			
4. Crear un clima favorable y propicio para que los estudiantes se sientan cómodos hablando de sexualidad.	Post-test	5.39	5.50	.68
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.32	5.00	.72
	Pre-test	4.64	5.00	1.12
	Post-test	5.43	5.50	.76
5. Enseñar a mis alumnos los riesgos asociados con la sexualidad, especialmente de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo temprano.	Soy capaz			
	Post-test	5.29	6.00	.97
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.21	5.00	.73
	Pre-test	4.93	5.00	1.18
	Post-test	5.29	5.00	.76
	Soy capaz			
	Post-test	5.50	6.00	.74
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.50	5.00	.62

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar (Continúa)

Tabla 9

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
6. Hablar de métodos anticonceptivos con mis estudiantes.	Pre-test	4.68	5.00	1.18
	Post-test	5.43	5.50	.63
	Soy capaz			
	Post-test	5.50	6.00	.69
	¡Cúdate! Seguimiento	5.39	5.00	.62
7. Hablar de valores y actitudes relacionadas con la sexualidad con mis estudiantes.	Pre-test	4.68	5.00	1.21
	Post-test	5.50	6.00	.69
	Soy capaz			
	Post-test	5.68	6.00	.67
	¡Cúdate! Seguimiento	5.64	6.00	.55
8. No emitir juicios sobre las opciones y comportamientos de mis alumnos derivados de su sexualidad.	Pre-test	4.50	5.00	1.34
	Post-test	5.54	6.00	.63
	Soy capaz			
	Post-test	5.75	6.00	.51
	¡Cúdate! Seguimiento	5.50	6.00	.69
9. Escuchar las ansiedades, temores e inseguridades de mis alumnos en el tema la sexualidad.	Pre-test	4.68	5.00	1.38
	Post-test	5.50	6.00	.69
	Soy capaz			
	Post-test	5.82	6.00	.39
	¡Cúdate! Seguimiento	5.54	6.00	.57
10. Explicar a mis alumnos cómo poner un condón.	Pre-test	4.07	4.00	1.67
	Post-test	5.54	6.00	.63
	Soy capaz			
	Post-test	5.57	6.00	.63
	¡Cúdate! Seguimiento	5.46	6.00	.74
11. Presentar una visión general de un tema específico, presentando diversas opiniones, por ejemplo, sobre el aborto.	Pre-test	4.79	5.00	1.16
	Post-test	5.32	5.50	.81
	Soy capaz			
	Post-test	5.36	5.00	.62
	¡Cúdate! Seguimiento	5.43	5.50	.63

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar (Continúa)

Tabla 9

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. Ayudar a mis alumnos a construir una sexualidad más gratificante, consciente y responsable.	Pre-test	4.54	4.00	1.23
	Post-test	5.36	5.00	.62
	Soy capaz			
	Post-test	5.71	6.00	.46
13. Tratar temas difíciles o sensibles relacionados con la sexualidad.	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.54	6.00	.63
	Pre-test	4.29	4.00	1.38
	Post-test	5.32	5.00	.67
14. Estar lo suficientemente cómodo para tratar temas de educación sexual.	Soy capaz			
	Post-test	5.50	5.50	.50
	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.21	5.00	1.19
15. Hablar de comportamiento sexual/íntimo.	Pre-test	4.43	5.00	1.37
	Post-test	5.25	5.00	.84
	Soy capaz			
	Post-test	5.32	5.50	.77
16. Guiar sobre educación sexual, incluso cuando los estudiantes no se sienten cómodos hablando del tema.	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.32	5.50	.77
	Pre-test	3.93	4.00	1.65
	Post-test	5.11	5.00	1.18
17. Guiar sobre educación sexual porque tengo la confianza de mis estudiantes.	Soy capaz			
	Post-test	5.25	5.00	.75
	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.18	5.50	.94
18. Guiar sobre educación sexual, incluso cuando los estudiantes no se sienten cómodos hablando del tema.	Pre-test	4.07	4.00	1.46
	Post-test	5.00	5.00	1.18
	Soy capaz			
	Post-test	5.43	5.50	.63
19. Guiar sobre educación sexual porque tengo la confianza de mis estudiantes.	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.14	5.00	.97
	Pre-test	4.32	4.00	1.30
	Post-test	5.25	5.50	.92
20. Guiar sobre educación sexual porque tengo la confianza de mis estudiantes.	Soy capaz			
	Post-test	5.46	6.00	.63
	¡Cúdate!			
	Seguimiento	5.39	6.00	.78

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

(Continúa)

Tabla 9

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
18. Orientar sobre educación sexual, porque me considero una persona preparada en esta materia.	Pre-test	3.68	3.50	1.46
	Post-test	4.86	5.00	1.00
	Soy capaz			
	Post-test	5.29	5.50	.89
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.25	5.50	.84
19. Establecer relaciones de confianza con mis alumnos a fin de promover el debate sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad.	Pre-test	4.18	4.00	1.41
	Post-test	5.36	6.00	.82
	Soy capaz			
	Post-test	5.54	6.00	.57
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	5.39	6.00	.73

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En el caso de la variable Habilidades de educación sexual, se mostró un aumento en la media de todos sus reactivos a lo largo de toda la intervención (Tabla 10). No obstante, se puede observar que el reactivo dos: “Imparto educación sexual porque está incluida en un proyecto educativo de la Escuela”, y siete: “Elijo hechos reales para hablar con mis estudiantes sobre sexualidad” fueron los que obtuvieron menor incremento en cada medición. Tres reactivos (dos, nueve y 12) tuvieron un leve descenso en la media del seguimiento.

Tabla 10

Estadística descriptiva de la variable Habilidades de educación sexual

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Imparto educación sexual porque es parte de mi materia.	Pre-test	2.96	3.00	1.42
	Post-test	3.46	4.00	1.34
	Soy capaz			
	Post-test	3.32	3.00	1.65
	<i>¡Cúdate!</i>			
	Seguimiento	3.36	4.00	1.44

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

(Continúa)

Tabla 10*Estadística descriptiva de la variable Habilidades de educación sexual (Continuación)*

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
2. Imparto educación sexual porque está incluida en un proyecto educativo de la Escuela.	Pre-test	2.68	2.00	1.33
	Post-test	3.21	3.50	1.54
	Soy capaz			
	Post-test	3.50	3.50	1.50
	<i>¡Cuidate!</i>			
3. Imparto educación sexual, incluso si no está incluida en el programa de mi disciplina.	Seguimiento	3.14	3.00	1.26
	Pre-test	2.64	2.50	1.33
	Post-test	3.43	3.50	1.34
	Soy capaz			
	Post-test	3.61	3.00	1.34
4. En las clases aprovecho la oportunidad para brindar educación sexual.	<i>¡Cuidate!</i>			
	Seguimiento	3.64	4.00	1.47
	Pre-test	2.50	2.00	1.29
	Post-test	3.54	4.00	1.31
	Soy capaz			
5. Imparto educación sexual de una manera transversal, aprovechando la articulación con otras disciplinas.	Post-test	3.18	3.00	1.24
	<i>¡Cuidate!</i>			
	Seguimiento	3.68	4.00	1.53
	Pre-test	2.46	2.00	1.23
	Post-test	3.61	3.50	1.42
6. Utilizo varias estrategias activas para enseñar educación sexual, tales como: proyección de videos, lectura, dramatización de texto o algunas otras.	Soy capaz			
	Post-test	3.50	3.00	1.31
	<i>¡Cuidate!</i>			
	Seguimiento	3.71	4.00	1.53
	Pre-test	2.68	2.50	1.21
7. Elijo hechos reales para hablar con mis estudiantes sobre sexualidad.	Post-test	3.57	4.00	1.39
	Soy capaz			
	Post-test	3.39	3.00	1.42
	<i>¡Cuidate!</i>			
	Seguimiento	3.64	4.00	1.44
	Pre-test	3.29	3.00	1.58
	Post-test	4.00	4.00	1.24
	Soy capaz			
	Post-test	3.89	4.00	1.47
	<i>¡Cuidate!</i>			
	Seguimiento	4.18	4.00	1.38

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

(Continúa)

Tabla 10*Estadística descriptiva de la variable Habilidades de educación sexual (Continuación)*

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
8. He asistido a cursos de educación sexual para aumentar mi nivel de conocimiento sobre el tema.	Pre-test	2.00	2.00	1.12
	Post-test	3.29	4.00	1.48
	Soy capaz			
	Post-test	3.29	4.00	1.43
9. Busco información con el objetivo de aumentar mis conocimientos sobre sexualidad.	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	4.07	5.00	1.24
	Pre-test	3.54	4.00	1.31
	Post-test	4.75	5.00	1.11
10. Distribuyo información o realizo dinámicas sobre temas sexuales con mis alumnos.	Soy capaz			
	Post-test	4.82	5.00	1.09
	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	4.71	5.00	1.15
11. Muestro a mis estudiantes herramientas informativas que abordan la educación sexual.	Pre-test	2.46	2.00	1.29
	Post-test	3.11	3.00	1.11
	Soy capaz			
	Post-test	3.11	3.00	1.19
12. Invito a expertos a hablar sobre educación sexual con mis estudiantes.	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	3.57	4.00	1.26
	Pre-test	2.64	2.00	1.29
	Post-test	3.39	4.00	1.49
13. Platico con mis alumnos para reflexionar sobre temas actuales relacionados con la sexualidad.	Soy capaz			
	Post-test	3.57	4.00	1.13
	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	3.71	4.00	1.27
14. Invito a expertos a hablar sobre educación sexual con mis estudiantes.	Pre-test	2.21	2.00	1.39
	Post-test	2.93	3.00	1.53
	Soy capaz			
	Post-test	2.89	3.00	1.64
15. Platico con mis alumnos para reflexionar sobre temas actuales relacionados con la sexualidad.	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	3.29	4.00	1.38
	Pre-test	2.61	2.50	1.28
	Post-test	3.50	4.00	1.23
16. Platico con mis alumnos para reflexionar sobre temas actuales relacionados con la sexualidad.	Soy capaz			
	Post-test	3.79	4.00	1.31
	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	4.04	4.00	1.34

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar

(Continúa)

Tabla 10

Estadística descriptiva de la variable Habilidades de educación sexual (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
14. En mis clases hablamos de todos los temas que mis alumnos muestran curiosidad, especialmente de sexualidad.	Pre-test	2.89	3.00	1.31
	Post-test	3.50	4.00	1.26
	Soy capaz			
	Post-test	3.64	4.00	1.31
15. Trato de hacer que mis estudiantes entiendan la sexualidad como algo natural, como una dimensión de sus vidas.	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	4.00	4.00	1.41
	Pre-test	3.29	3.00	1.38
	Post-test	4.50	5.00	1.34
	Soy capaz			
	Post-test	4.50	5.00	1.42
	<i>¡Cúidate!</i>			
	Seguimiento	4.54	5.00	1.45

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En la Tabla 11 se muestra la estadística descriptiva de los resultados generales de las variables de estudio del docente, el Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo, mostró un puntaje ascendente desde el pre-test con una media de 13.60 hasta el post-test *¡Cúidate!* con 16.10, a pesar de que al mes de seguimiento la media disminuyó .25 en comparación con la última medición este puntaje es mínimo. De manera similar sucedió con la Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual dado que mostró un aumento desde el pre-test con una media de 83.03 hasta el post-test de *¡Cúidate!* con 104.25, sin embargo, al mes de seguimiento la media disminuyó a 102.07 (2.18 puntos). En las Habilidades de educación sexual, cada una de las mediciones fue superando a la anterior, se inició con la una media de 40.85 y se concluyó al mes de seguimiento con 57.28.

Tabla 11*Estadística descriptiva general de las variables del docente*

Variable	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mín	Max
Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test	13.60	13.00	2.69	9	23
	Post-test Soy capaz	15.57	16.00	.99	14	17
	Post-test <i>¡Cuidate!</i>	16.10	16.00	.91	15	19
	Seguimiento	15.85	16.00	1.29	13	18
Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual	Pre-test	83.03	85.00	22.25	36	114
	Post-test Soy capaz	100.46	100.00	12.35	68	114
	Post-test <i>¡Cuidate!</i>	104.25	107.50	10.38	80	114
	Seguimiento	102.07	107.50	11.68	79	114
Habilidades de educación sexual	Pre-test	40.85	40.00	15.20	21	87
	Post-test Soy capaz	53.78	56.50	16.84	22	85
	Post-test <i>¡Cuidate!</i>	54.00	55.50	15.38	27	84
	Seguimiento	57.28	58.50	17.42	26	85

Nota. *M*= Media; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación Estándar; Mín= Mínimo; Max= Máximo

Estadística Descriptiva de las Variables del Adolescente

En este apartado se muestra la estadística descriptiva de los instrumentos de medición y de manera general por variable en el pre-test, post-test y al mes de seguimiento. En la Tabla 12 se observa que sus actitudes hacia el uso del condón, específicamente: considerarlo bueno, necesario y cómodo presentaron un incremento gradual durante toda la intervención. Por otro lado, considerarlo agradable, deseable y fácil de usar, demostraron un aumento del pre-test al post-test, pero su media del seguimiento disminuyó ligeramente.

Tabla 12*Estadística descriptiva de la variable Actitudes hacia el uso del condón*

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...				
1. Muy desagradable o muy agradable	Pre-test	2.88	3.00	1.54
	Post-test	4.50	4.00	1.24
	Seguimiento	4.24	4.00	1.13
2. Muy indeseable o muy deseable	Pre-test	3.38	3.00	1.38
	Post-test	4.49	4.00	1.39
	Seguimiento	4.21	4.00	1.30
3. Muy malo o muy bueno	Pre-test	4.10	4.00	1.64
	Post-test	5.15	5.00	1.50
	Seguimiento	5.38	5.00	1.30
4. Muy difícil o muy fácil	Pre-test	4.08	4.00	1.48
	Post-test	5.87	6.00	1.22
	Seguimiento	5.61	6.00	1.37
5. Innecesario o necesario	Pre-test	5.14	5.00	1.39
	Post-test	6.20	6.00	.86
	Seguimiento	6.33	6.00	.75
6. Incómodo o cómodo	Pre-test	3.53	3.00	1.90
	Post-test	4.58	4.00	1.44
	Seguimiento	4.80	5.00	1.40

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En la Tabla 13 se observa que después de *¡Cuidate!* los adolescentes mostraron mayor comunicación sexual con su pareja, por ejemplo conversan más sobre cómo prevenir el embarazo, cómo usar condones, cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual, entre otros. A pesar de que los reactivos uno y tres que hacen alusión a la prevención del embarazo y el sida mostraron una ligera disminución en la media del seguimiento, se muestra una sostenibilidad de la comunicación en comparación con el pre-test.

Tabla 13*Estadística descriptiva de la variable Comunicación sexual con la pareja*

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Durante los últimos seis meses, ¿cuántas veces has platicado con tu pareja sexual sobre...				
1. cómo prevenir el embarazo	Pre-test	1.94	2.00	.70
	Post-test	2.27	2.00	.78
	Seguimiento	2.19	2.00	.76
2. cómo usar los condones	Pre-test	1.90	2.00	.65
	Post-test	2.32	2.00	.76
	Seguimiento	2.45	3.00	.73
3. cómo prevenir el virus del sida	Pre-test	1.57	1.00	.85
	Post-test	2.20	2.00	.78
	Seguimiento	2.14	2.00	.73
4. cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual	Pre-test	1.58	2.00	.88
	Post-test	2.29	2.00	.82
	Seguimiento	2.46	3.00	.64
5. el historial sexual de tu pareja	Pre-test	1.19	1.00	.89
	Post-test	2.24	2.00	.79
	Seguimiento	2.39	2.00	.66

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En la Tabla 14 se muestran los reactivos sobre el Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo, los ítems que corresponden a la subescala del VIH fueron los que mostraron mayores respuestas correctas en el seguimiento, continuando por la subescala de ITS y por último la de embarazo. En el último reactivo que menciona “Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede dañar el material y ser menos efectivos” muestra un cambio radical, pues en el pre-test 71 (36.4%) participantes acertaron al indicar el reactivo como correcto, en el post-test se mostró el mayor cambio a pasar a 172 (88.2%) aciertos y en el seguimiento se sumaron cuatro participantes a la respuesta correcta. Al igual que otras variables, algunos reactivos presentaron una leve disminución en el seguimiento.

Tabla 14

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.	Incorrecto	111	56.9	47	24.1	40	20.5
	Correcto	84	43.1	148	75.9	155	79.5
2. Si una mujer se lava la vagina después de tener relaciones sexuales, NO quedará embarazada.	Incorrecto	86	44.1	26	13.3	31	15.9
	Correcto	109	55.9	169	86.7	164	84.1
3. Una mujer puede quedar embarazada incluso si el hombre saca su pene de la vagina antes de eyacular.	Incorrecto	121	62.1	44	22.6	36	18.5
	Correcto	74	37.9	151	77.4	159	81.5
4. Una mujer que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, aumenta su posibilidad de quedar embarazada.	Incorrecto	126	64.6	41	21.0	37	19.0
	Correcto	69	35.4	154	79.0	158	81.0
5. Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene.	Incorrecto	114	58.5	31	15.9	27	13.8
	Correcto	81	41.5	164	84.1	168	86.2
6. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina.	Incorrecto	132	67.7	41	21.0	51	26.2
	Correcto	63	32.3	154	79.0	144	73.8
7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.	Incorrecto	114	58.5	24	12.3	21	10.8
	Correcto	81	41.5	171	87.7	174	89.2

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 14

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo (Continuación)

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón.	Incorrecto	127	65.1	47	24.1	42	21.5
	Correcto	68	34.9	148	75.9	153	78.5
9. Puedes tener una ITS y sentirte perfectamente bien.	Incorrecto	137	70.3	62	31.8	50	25.6
	Correcto	58	29.7	133	68.2	145	74.4
10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.	Incorrecto	138	70.8	37	19.0	52	26.7
	Correcto	57	29.2	158	81.0	143	73.3
11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.	Incorrecto	132	67.7	23	11.8	19	9.7
	Correcto	63	32.3	172	88.2	176	90.3
12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.	Incorrecto	117	60.0	31	15.9	23	11.8
	Correcto	78	40.0	164	84.1	172	88.2
13. Si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades.	Incorrecto	127	65.1	30	15.4	44	22.6
	Correcto	68	34.9	165	84.6	151	77.4
14. Una persona con VIH puede transmitirlo, aunque parezca enfermo saludable.	Incorrecto	123	63.1	47	24.1	40	20.5
	Correcto	72	36.9	148	75.9	155	79.5
15. Una forma en que muchas mujeres contraen el VIH es por tener relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas.	Incorrecto	118	60.5	38	19.5	46	23.6
	Correcto	77	39.5	157	80.5	149	76.4

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa)

Tabla 14

Estadística descriptiva de la variable Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) aumenta la posibilidad de contraer VIH.	Incorrecto	124	63.6	43	22.1	51	26.2
	Correcto	71	36.4	152	77.9	144	73.8
17. Usar vaselina como lubricante cuando se tienen relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer una ITS o el VIH.	Incorrecto	132	67.7	51	26.2	58	29.7
	Correcto	63	32.3	144	73.8	137	70.3
18. El VIH NO se transmite a través del lavamanos, ducha o inodoro de alguien que tiene sida.	Incorrecto	71	36.4	22	11.3	19	9.7
	Correcto	124	63.6	173	88.7	176	90.3
19. El virus de sida está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal.	Incorrecto	98	50.3	20	10.3	14	7.2
	Correcto	97	49.7	175	89.7	181	92.8
20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.	Incorrecto	112	57.4	23	11.8	12	6.2
	Correcto	83	42.6	172	88.2	183	93.8
21. Cuando se pone el condón se debe dejar un espacio en la punta.	Incorrecto	120	61.5	22	11.3	19	9.7
	Correcto	75	38.5	173	88.7	176	90.3
22. El condón NO debe de estar todo desenrollado (estirado) antes de ponerlo.	Incorrecto	89	45.6	21	10.8	27	13.8
	Correcto	106	54.4	174	89.2	168	86.2
23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede dañar el material y ser menos efectivos.	Incorrecto	124	63.6	23	11.8	19	9.7
	Correcto	71	36.4	172	88.2	176	90.3

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

En la Tabla 15 se muestra la estadística descriptiva de la variable Apoyo familiar al riesgo sexual, se mostró un aumento en la mayoría de los reactivos del pre-test al post-test, no obstante, aquellas preguntas relacionadas con la confianza familiar no incrementaron como se esperaba. Por ejemplo, sienten que su familia no les brinda seguridad para practicar sexo responsablemente, tampoco comparten sus preocupaciones sexuales con su familia y no confían en ellos para solicitar un consejo.

Tabla 15

Estadística descriptiva de la variable Apoyo familiar al riesgo sexual

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.	Pre-test	2.57	2.00	1.16
	Post-test	3.20	3.00	1.29
	Seguimiento	3.13	3.00	1.31
2. Mi familia apoya el sexo seguro.	Pre-test	2.72	3.00	1.18
	Post-test	3.59	4.00	1.02
	Seguimiento	3.50	4.00	1.12
3. Puedo recurrir a mi familia para que me oriente sobre el sexo seguro.	Pre-test	2.82	3.00	1.21
	Post-test	3.10	3.00	1.24
	Seguimiento	3.04	3.00	1.27
4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.	Pre-test	3.11	3.00	1.29
	Post-test	3.70	4.00	1.01
	Seguimiento	3.65	4.00	.96
5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.	Pre-test	2.56	2.00	1.07
	Post-test	2.92	3.00	1.20
	Seguimiento	2.83	3.00	1.25
6. Creo que mi familia valora lo que he hecho para protegerme del VIH.	Pre-test	2.81	3.00	1.09
	Post-test	3.71	4.00	.96
	Seguimiento	3.81	4.00	.96
7. Mi familia me apoyaría si me infectara con el VIH.	Pre-test	3.44	4.00	1.14
	Post-test	3.94	4.00	.98
	Seguimiento	3.98	4.00	.98

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

(Continúa)

Tabla 15*Estadística descriptiva de la variable Apoyo familiar al riesgo sexual (Continuación)*

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
8. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.	Pre-test	3.04	3.00	1.17
	Post-test	2.63	2.00	1.22
	Seguimiento	2.55	2.00	1.21
9. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre el sexo seguro.	Pre-test	2.48	2.00	1.01
	Post-test	2.47	2.00	1.19
	Seguimiento	2.31	2.00	1.22
10. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.	Pre-test	2.87	3.00	1.20
	Post-test	2.27	2.00	1.09
	Seguimiento	2.20	2.00	1.12
11. Me siento muy unido emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.	Pre-test	2.56	2.00	1.06
	Post-test	3.53	4.00	1.11
	Seguimiento	3.65	4.00	1.11
12. Puedo contar con mi familia para que me ayuden cuando se trata de practicar el sexo seguro.	Pre-test	2.44	2.00	1.01
	Post-test	2.64	2.00	1.20
	Seguimiento	2.56	2.00	1.24
13. Me siento cómodo hablando con mi familia sobre el sexo seguro.	Pre-test	2.09	2.00	1.05
	Post-test	2.31	2.00	1.09
	Seguimiento	2.20	2.00	1.25
14. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.	Pre-test	2.46	2.00	1.08
	Post-test	3.07	3.00	.98
	Seguimiento	3.02	3.00	.92
15. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.	Pre-test	2.63	2.00	1.11
	Post-test	3.42	3.00	1.06
	Seguimiento	3.52	4.00	1.05
16. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.	Pre-test	2.98	3.00	1.11
	Post-test	3.11	3.00	1.19
	Seguimiento	3.30	4.00	1.23

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En la Tabla 16, se muestra que tanto en el pre-test como en el post-test el 63.6% de los adolescentes sexualmente activos utilizaron el condón en el último encuentro sexual, mientras que el 70.1% lo usó en el seguimiento. Al igual que la variable de la

frecuencia del uso del condón, la consistencia, mostró el mismo resultado en la primera y segunda evaluación (49.4%), en tanto el seguimiento se evidenció un aumento (59.7%). Cabe resaltar que durante la intervención de *¡Cuidate!* no se reportaron nuevos encuentros sexuales.

Tabla 16

Estadística descriptiva de la variable Uso consistente del condón

Reactivos	Respuesta	Pre-test		Post-test		Seguimiento	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Uso consistente del condón	No	39	50.6	39	50.6	31	40.3
	Si	38	49.4	38	49.4	46	59.7

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

En la Tabla 17 se presentan los reactivos de la variable Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro, en lo que respecta a los reactivos de la pregunta A: ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales a..., todos mostraron un aumento del pre-test al post-test, aquellos reactivos que también aumentaron en el seguimiento son los relacionados con la capacidad de negar un encuentro sexual con un desconocido (reactivos uno, dos y tres), y aquellos en los que la pareja se encuentre consumiendo alcohol o drogas, o presione la interacción sexual (reactivos 8, 9 y 10).

En cuanto a la pregunta B que alude a la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, la media de los reactivos aumentó a la largo de toda la intervención, a excepción de aquel que pregunta a su pareja sí ha tenido alguna experiencia homosexual, donde el seguimiento al mes mostró un ligero declive de .15 en comparación con el post-test. Por último, en la pregunta C en consideración a las capacidades referentes al uso del condón, los

participantes presentaron un aumento en todos los reactivos del pre-test al post-test, pero al igual que las preguntas anteriores, algunos reactivos (tres, cuatro, siete, ocho, nueve, 10 y 11) presentaron un leve declive en el mes de seguimiento.

Tabla 17

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
A) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales a...				
1. Alguien conocido hace 30 días o menos?	Pre-test	2.36	2.00	.84
	Post-test	3.31	3.00	.94
	Seguimiento	3.43	3.00	.99
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	Pre-test	2.50	2.00	1.02
	Post-test	3.75	4.00	1.14
	Seguimiento	3.85	4.00	3.91
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	Pre-test	2.84	3.00	1.26
	Post-test	3.86	4.00	1.09
	Seguimiento	3.91	4.00	1.11
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	Pre-test	2.43	2.00	1.00
	Post-test	3.52	4.00	.83
	Seguimiento	3.33	3.00	.84
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	Pre-test	2.51	2.00	1.03
	Post-test	3.71	4.00	.89
	Seguimiento	3.55	4.00	.90
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	Pre-test	2.28	2.00	.88
	Post-test	3.52	4.00	.90
	Seguimiento	3.37	3.00	.93
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	Pre-test	2.32	2.00	.94
	Post-test	3.81	4.00	1.06
	Seguimiento	3.70	4.00	1.01
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	Pre-test	2.41	2.00	.99
	Post-test	3.33	3.00	1.00
	Seguimiento	3.55	4.00	1.00
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	Pre-test	2.34	2.00	.99
	Post-test	3.57	4.00	1.02
	Seguimiento	3.72	4.00	.99

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

(Continúa)

Tabla 17

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas?	Pre-test	2.49	2.00	1.16
	Post-test	3.87	4.00	.75
	Seguimiento	3.97	4.00	.76
11. Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?	Pre-test	2.19	2.00	.93
	Post-test	3.68	4.00	1.05
	Seguimiento	3.57	4.00	1.03
B) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...				
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	Pre-test	2.82	3.00	1.15
	Post-test	3.87	4.00	.93
	Seguimiento	3.91	4.00	.94
2. Discutir sobre la prevención del sida con tu novio/a?	Pre-test	2.71	3.00	1.05
	Post-test	3.76	4.00	.73
	Seguimiento	3.83	4.00	.76
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	Pre-test	2.29	2.00	1.06
	Post-test	3.72	4.00	.95
	Seguimiento	3.98	4.00	.96
4. Preguntar a tu novio/a sí ha tenido alguna experiencia homosexual?	Pre-test	2.18	2.00	1.10
	Post-test	3.48	4.00	1.03
	Seguimiento	3.33	3.00	1.00
C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...				
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	Pre-test	2.61	2.00	1.17
	Post-test	3.66	4.00	.79
	Seguimiento	4.00	4.00	.83
2. Usar correctamente el condón?	Pre-test	2.43	2.00	1.03
	Post-test	3.51	4.00	.86
	Seguimiento	3.73	4.00	.83
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	Pre-test	2.43	2.00	1.03
	Post-test	3.65	4.00	.95
	Seguimiento	3.51	4.00	.99
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga?	Pre-test	1.85	1.00	1.04
	Post-test	2.97	3.00	.75
	Seguimiento	2.72	3.00	.81

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

(Continúa)

Tabla 17

Estadística descriptiva de la variable Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro (Continuación)

Reactivos	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?	Pre-test	2.51	2.00	1.14
	Post-test	3.41	3.00	.91
	Seguimiento	3.78	4.00	.96
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	Pre-test	2.51	2.00	1.14
	Post-test	3.65	4.00	.82
	Seguimiento	3.84	4.00	.86
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	Pre-test	1.93	2.00	.83
	Post-test	2.50	2.00	1.02
	Seguimiento	2.33	2.00	.96
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	Pre-test	1.74	1.00	.96
	Post-test	3.07	3.00	.91
	Seguimiento	2.97	3.00	.89
9. Tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	Pre-test	1.75	2.00	.94
	Post-test	3.25	3.00	.76
	Seguimiento	3.05	3.00	.85
10. Tener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	Pre-test	1.72	1.00	.92
	Post-test	2.85	3.00	.91
	Seguimiento	2.60	3.00	.94
11. Platicar con tu papá o tutor sobre temas sexuales?	Pre-test	1.97	2.00	.96
	Post-test	2.96	3.00	1.07
	Seguimiento	2.79	3.00	1.03
12. Platicar con tu mamá o tutora sobre temas sexuales?	Pre-test	2.05	2.00	.96
	Post-test	2.91	3.00	1.04
	Seguimiento	2.99	3.00	.97

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar

En la Tabla 18 se presenta la estadística descriptiva de los resultados generales de las variables del adolescente en el pre-test, post-test y seguimiento al mes. Se encontró que las variables de Comunicación sexual con la pareja, Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo, y el Uso consistente del condón reportaron un ascenso en cada una de sus mediciones en comparación con la anterior. Por otra parte, las Actitudes hacia el uso del condón y el Apoyo familiar al riesgo sexual aumentaron del pre-test al pos-test, pero en el seguimiento mostraron un ligero declive.

Tabla 18*Estadística descriptiva general de las variables del adolescente*

Variable	Medición	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mín	Máx
Actitudes hacia el uso del condón	Pre-test	23.11	22.00	5.83	11.00	42.00
	Post-test	30.80	31.00	4.23	20.00	42.00
	Seguimiento	30.57	30.00	3.52	22.00	42.00
Comunicación sexual con la pareja	Pre-test	8.18	8.00	2.85	2.00	15.00
	Post-test	11.31	12.00	1.90	.00	15.00
	Seguimiento	11.63	12.00	1.60	5.00	15.00
Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test	9.18	9.00	3.12	1.00	22.00
	Post-test	18.92	19.00	2.65	.00	23.00
	Seguimiento	19.01	19.00	2.31	3.00	23.00
Apoyo familiar al riesgo sexual	Pre-test	52.50	52.00	12.41	27.00	91.00
	Post-test	57.81	57.00	8.78	43.00	91.00
	Seguimiento	57.12	56.00	8.58	42.00	89.00
Uso consistente del condón	Pre-test	.49	.00	.50	0.00	1.00
	Post-test	.49	.00	.50	0.00	1.00
	Seguimiento	.57	1.00	.49	0.00	1.00
Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro	Pre-test	62.17	62.00	8.40	32.00	95.00
	Post-test	93.13	93.00	5.69	69.00	106.00
	Seguimiento	93.29	94.00	5.83	72.00	107.00

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar; Mín = Mínimo; Máx = Máximo

Estadística Inferencial del Docente

Para dar respuesta al primer objetivo que pretende determinar si existen diferencias significativas entre el pre-test, post-test soy capaz, post-test *¡Cuidate!* y el seguimiento, así como las tres hipótesis, en primer lugar, se aplicó la prueba de Wilcoxon (Tabla 19) para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas; el pre-test con cada una de las demás mediciones. Se identificó que el Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo, 24 docentes aumentaron el rango medio del pre-test

al post-test *Soy capaz*, 20 del pre-test y post-test *¡Cuídate!* y 20 del pre-test al seguimiento.

En el mismo orden, en la variable Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual, 20 docentes aumentaron el rango medio del pre-test a la segunda medición, 28 del pre-test a la tercera medición y 28 del pre-test al seguimiento. Por último, en las Habilidades de educación sexual, 20 docentes incrementaron el rango medio del pre-test a la segunda medición; 21 a la tercera medición y 20 a la cuarta. Cabe señalar que no se encontraron diferencias estadísticas en el post-test de *Soy capaz* respecto a las mediciones subsecuentes.

Tabla 19

Resultados de prueba Wilcoxon en docentes

Variable	Medición	<i>W</i>	<i>p</i>
Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test y post-test soy capaz	-3.47	.001
	Pre-test y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-3.43	.001
	Pre-test y seguimiento	-3.30	.001
	Post-test soy capaz y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-1.69	.090
	Post-test soy capaz y seguimiento	-1.04	.296
	Post-test <i>¡Cuídate!</i> y seguimiento	-.81	.415
Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual	Pre-test y post-test soy capaz	-3.17	.001
	Pre-test y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-4.62	.001
	Pre-test y seguimiento	-4.62	.001
	Post-test soy capaz y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-1.21	.226
	Post-test soy capaz y seguimiento	-.68	.494
Habilidades de educación sexual	Post-test <i>¡Cuídate!</i> y seguimiento	-.67	.502
	Pre-test y post-test soy capaz	-2.73	.006
	Pre-test y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-2.68	.007
	Pre-test y seguimiento	-3.64	.001

Nota. *W* = Prueba de Wilcoxon; *p* = Valor de *p*

(Continúa)

Tabla 19*Resultados de prueba Wilcoxon en docentes (Continuación)*

Variable	Medición	W	p
Habilidades de educación sexual	Post-test soy capaz y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-.08	.933
	Post-test soy capaz y seguimiento	-1.01	.313
	Post-test <i>¡Cuídate!</i> y seguimiento	-.39	.692
	Post-test soy capaz y post-test <i>¡Cuídate!</i>	-.08	.933

Nota. W = Prueba de Wilcoxon; p = Valor de p

En continuación con la respuesta del primer objetivo y las tres hipótesis, se utilizó la prueba de Friedman a fin de observar la diferencia de las variables entre cada medición y de manera general. En la Tabla 20 se muestra que la variable Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo, mostró un aumento estadísticamente significativo entre cada medición, siendo mayor el incremento de conocimiento entre el pre-test y el post-test *Soy capaz*.

En cuanto a la Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual tuvo un comportamiento similar a la variable anteriormente mencionada. Por último, las Habilidades de educación sexual, al igual que las dos variables anteriores mostraron el mayor ascenso estadístico del pre-test al post-test *Soy capaz*, sin embargo, el rango promedio no mostró cambios en la siguiente evaluación Post-test *¡Cuídate!* y después presentó una tenue disminución en el seguimiento. De manera general, se encontró diferencia significativa entre las mediciones en cada una de las variables.

Tabla 20*Resultados de prueba Friedman en docentes*

Variable	Medición	Rango promedio	X^2	p
Conocimiento del docente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test	1.54	25.96	.001
	Post-test <i>Soy capaz</i>	2.61		
	Post-test <i>¡Cuídate!</i>	3.02		
	Seguimiento	2.84		
Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual	Pre-test	1.68	16.89	.001
	Post-test <i>Soy capaz</i>	2.55		
	Post-test <i>¡Cuídate!</i>	2.95		
	Seguimiento	2.82		
Habilidades de educación sexual	Pre-test	1.82	10.48	.015
	Post-test <i>Soy capaz</i>	2.75		
	Post-test <i>¡Cuídate!</i>	2.75		
	Seguimiento	2.68		

Nota. X^2 = Prueba de Friedman; p = valor de p

Estadística Inferencial del Adolescente

Para dar respuesta al primer objetivo y a las hipótesis de la uno a la cuatro se aplicó la prueba de Wilcoxon para determinar si existen diferencias entre cada una de las mediciones (Tabla 21). En lo que respecta a las Actitudes hacia el uso del condón, 163 participantes mostraron mayor puntaje en el post-test y 172 en el seguimiento, en la Comunicación sexual con la pareja 148 en el post-test y 154 en el seguimiento, en el Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo 189 en el post-test y 189 en el seguimiento, en el Apoyo familiar al riesgo sexual 123 en el post-test y 119 en el seguimiento.

Asimismo, el Uso consistente del condón con la pareja; 77 participantes mostraron resultados similares en el post-test y seis indicaron mayor puntaje en el

seguimiento, finalmente la Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro con la pareja, 192 participantes mostraron mayor puntaje en el post-test y 193 en el seguimiento. Todas las variables mostraron un cambio estadísticamente significativo entre sus mediciones. El Uso consistente del condón fue la excepción en la evaluación del pre-test al post-test puesto que los resultados fueron idénticos.

Tabla 21

Resultados de prueba Wilcoxon en adolescentes

Variable	Medición	<i>W</i>	<i>p</i>
Actitudes hacia el uso del condón	Pre-test y post-test	-9.70	.001
	Pre-test y seguimiento	-10.15	.001
	Post-test y seguimiento	-0.59	.549
Comunicación sexual con la pareja	Pre-test y post-test	-9.57	.001
	Pre-test y seguimiento	-10.19	.001
	Post-test y seguimiento	-1.81	.069
Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test y post-test	-11.85	.001
	Pre-test y seguimiento	-11.94	.001
	Post-test y seguimiento	-3.39	.001
Apoyo familiar al riesgo sexual	Pre-test y post-test	-4.47	.001
	Pre-test y seguimiento	-3.86	.001
	Post-test y seguimiento	-0.72	.467
Uso consistente del condón	Pre-test y post-test	.00	1.000
	Pre-test y seguimiento	-2.44	.014
	Post-test y seguimiento	-2.44	.014
Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro	Pre-test y post-test	-12.08	.001
	Pre-test y seguimiento	-12.10	.001
	Post-test y seguimiento	-0.28	.001

Nota. *W* = Prueba de Wilcoxon; *p* = Valor de *p*

A modo de confirmación del objetivo uno y las hipótesis antes mencionadas, en la Tabla 22 se muestran los resultados de las variables del adolescente para identificar diferencias entre tres muestras relacionadas. A través de la prueba Friedman se detectó que en todas las variables existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas, esto significa que las medias de población en cada una de las mediciones comparativas son diferentes. No obstante, solo las variables Comunicación sexual con la pareja y Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro, mostraron un aumento en su rango promedio del grupo de la evaluación uno y dos; al tres y cuatro.

Tabla 22

Resultados de prueba Friedman en adolescentes

Variable	Medición	Rango promedio	X^2	p
Actitudes hacia el uso del condón	Pre-test y post-test	2.37	158.39	.001
	Pre-test y seguimiento	2.35		
Comunicación sexual con la pareja	Pre-test y post-test	2.26	123.91	.001
	Pre-test y seguimiento	2.35		
Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo	Pre-test y post-test	2.58	275.77	.001
	Pre-test y seguimiento	2.36		
Apoyo familiar al riesgo sexual	Pre-test y post-test	2.16	21.31	.001
	Pre-test y seguimiento	2.11		
Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro	Pre-test y post-test	2.48	283.14	.001
	Pre-test y seguimiento	2.49		

Nota: X^2 = Prueba Friedman; p = valor de p

En seguimiento con la respuesta del objetivo uno y la hipótesis cinco, en la Tabla 23 se aplicó la prueba Q de Cochran dada la naturaleza dicotómica de la variable Uso

consistente del condón. Al ser menor a .05 el valor de p , se concluye que la proporción de éxitos es diferente entre las tres mediciones.

Tabla 23

Resultados de prueba Q de Cochran en adolescentes

Variable	Medición	Q	p
Uso consistente del condón	Pre-test y post-test	12.00	.002
	Pre-test y seguimiento		

Nota. Q = Prueba Q de Cochran; p = valor de p

Factibilidad

Para dar respuesta al objetivo dos que es identificar la factibilidad de una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón, así también se busca promover la postergación del inicio de la vida sexual. A continuación, se muestran los resultados por tipo de factibilidad y programa de intervención.

Los docentes fueron reclutados mediante una invitación vía redes sociales donde se explicó de manera breve la intervención, se incluyó la entrega de una constancia y una compensación económica (\$750 MXN) y un número de celular. Los interesados se contactaron al número proporcionado, se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de selección y se les explicó el procedimiento. Posteriormente se creó un grupo de WhatsApp donde se les compartió el consentimiento informado, el enlace para responder los instrumentos y las opciones de horarios para su mayor comodidad; lunes de 17:00 a 19:00; nueve participantes, martes de 10:00 a 12:00; cuatro, miércoles de

10:00 a 12:00; ocho y de 17:00 a 19:00; siete. Posteriormente se crearon cuatro grupos de WhatsApp de acuerdo con el horario, un día previo a cada sesión se les compartía el enlace para llevar a cabo la intervención vía ZOOM.

Durante la entrega de los programas a los docentes se realizaron varias observaciones, en el caso de *Soy capaz* sugirieron agregar más imágenes, mientras que en el caso de *¡Cuídate!* recomendaron actualizar los temas, la forma de escritura del manual a más informal y con palabras utilizadas por los jóvenes. Comentaron que los juegos de roles no eran atractivos para los adolescentes puesto que no se asemejan a su forma de expresarse, sugirieron hablar más de las ITS y evitar la repetición de la información sobre el VIH. También solicitaron incluir imágenes alusivas a las ITS y colocar los precios de los procedimientos obstétricos, así como los artículos requeridos durante el embarazo, puerperio y para el recién nacido.

Además, en *¡Cuídate!* sugirieron hablar de los tipos de condones y alergias al látex. La mayoría de las oraciones de las actividades confundían al lector al iniciar con la palabra “no” o no eran claras, por ejemplo: “si besas a alguien te puedes contagiar de VIH” dado que no especifica en que parte del cuerpo se realiza el beso y si la otra persona tenía una herida en la cavidad oral o en alguna otra parte. Durante la entrega se presentaron algunas fallas en el internet por lo que afectaba de manera mínima la participación de los docentes y la reproducción de los videos; sin embargo, la entrega de la intervención fue factible.

En consideración con el reclutamiento de los adolescentes se presentaron algunas dificultades, los directores de las secundarias no aceptaban participar porque desconocían cuando regresarían a clases de manera presencial o híbrida, así mismo refirieron que actualmente había un alto índice de abuso sexual en los hogares por lo que hablar sobre temas sexuales podía propiciar su aumento. Además, refirieron que gran parte de los estudiantes no contaban con internet o un dispositivo electrónico y los padres de familia no aceptaban su participación. En relación con los instrumentos de

recolección de datos los docentes participantes mencionaron que la escala de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott et al., 1992) y la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) eran confusas en los reactivos falsos positivos, por lo que estos fueron cambiados previos a la implementación.

A pesar de las limitaciones de participación por parte de las secundarias, se contó con la participación de una secundaria de Tamaulipas, y aparte, 17 adolescentes de Nuevo León reclutados por los docentes participantes. Durante la entrega se presentaron fallas en el internet y desorganización para tomar la palabra, por lo que el asistente organizó las participaciones. A pesar de las limitantes, se concluye que la intervención fue factible en disponibilidad, calidad y capacitación de los facilitadores, recursos materiales, contexto de aplicación, barreras para la participación y fidelidad de la intervención. Así como en la factibilidad de los métodos que incluye el procedimiento del reclutamiento y la recolección de datos.

Aceptabilidad

Para dar respuesta al tercer objetivo que es estimar la aceptabilidad de los docentes y estudiantes para participar en una intervención en el contexto educativo, se puede deducir que la intervención fue aceptable a partir de los siguientes cuatro indicadores. En cuanto a la tasa de inscripción, de los 33 docentes que se inscribieron el 84.8% cumplió con los criterios de inclusión, resultando un total de 28 participantes. En lo que respecta a los estudiantes, de la secundaria de Tamaulipas el censo era de 1,542 y participaron 178, por otra parte, los 17 restantes fueron de invitados de diversas secundarias de Nuevo León. La pandemia por COVID-19 afectó considerablemente el reclutamiento de los docentes y adolescentes dado que los directores de las secundarias estaban enfocados en iniciar el nuevo plan de trabajo híbrido y no estaban interesados o no tenían el tiempo para llevar a cabo un curso de educación sexual.

Cabe resaltar que se contactó a todas las secundarias de Nuevo León y al no obtener respuesta los docentes fueron reclutados por bola de nieve. Por otro lado, 178 adolescentes provenían de una secundaria de Tamaulipas y 17 de diversas secundarias de Nuevo León; 22 (85.8%) docentes replicaron el curso con los 178 y 6 con los 17 restantes. El programa *¡Cuidate!* se brindó fuera del horario de clase en un lapso de una semana de lunes a viernes; en un día se impartieron dos sesiones. Respecto a la tasa de retención, el 100% de los docentes y los adolescentes permaneció hasta el final; así mismo, ningún docente ni adolescente abandonó el estudio (tasa de abandono). Por último, el indicador de satisfacción con la intervención, los docentes calificaron positivamente *Soy capaz*, los resultados oscilaron solamente entre las respuestas de acuerdo y muy de acuerdo tal como se muestra en la Tabla 24.

Tabla 24

Satisfacción de los docentes de Soy capaz

Reactivo	De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Me gustó el programa	2	7.1	26	92.9
Me pareció útil	2	7.1	26	92.9
Me sentí satisfecho	2	7.1	26	92.9
Respondió a mis expectativas	3	10.7	25	89.3
Lo recomendaría	1	3.6	27	96.4

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

Por otro lado, calificaron regularmente *¡Cuidate!*, a pesar de que la mayoría se sintió muy satisfecho hubo quienes no, los resultados incluyeron solo las respuestas: muy en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo (Tabla 25).

Tabla 25*Satisfacción de los docentes hacia el programa ¡Cúidate!*

Reactivo	Muy en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Me gustó el programa	1	3.6	2	7.1	25	89.3
Me pareció útil	1	3.6	1	3.6	26	92.9
Me sentí satisfecho	1	3.6	2	7.1	25	89.3
Respondió a mis expectativas	1	3.6	3	10.7	24	85.7
Lo recomendaría	1	3.6	6	21.4	21	75.0

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

Los adolescentes calificaron positivamente el programa *¡Cúidate!*, los resultados incluyeron solamente las respuestas: de acuerdo y muy de acuerdo (Tabla 26). Además, agregaron comentarios de felicitación como utilidad del curso y la importancia de que este se repita con más adolescentes para desmentir mitos.

Tabla 26*Satisfacción de los adolescentes hacia el programa ¡Cúidate!*

Reactivo	De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Me gustó el programa	0	0.0	195	100
Me pareció útil	8	4.1	187	95.9
Me sentí satisfecho	4	2.1	191	97.9
Respondió a mis expectativas	7	3.6	188	96.4
Lo recomendaría	2	1.0	193	99.0

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio contó con tres objetivos: 1) determinar si existen diferencias significativas en las variables del docente y del adolescente entre el pre, post y seguimiento un mes después de una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón. Así también se buscó promover la postergación del inicio de la vida sexual, 2) identificar la factibilidad de la intervención, y 3) estimar la aceptabilidad de los programas por los docentes y estudiantes.

En este apartado se discuten primeramente los resultados de los docentes y después los del adolescente, posteriormente se discute la factibilidad y aceptabilidad, después se muestran las limitaciones del estudio, las conclusiones y por último las recomendaciones para la investigación y la práctica. De acuerdo con la hipótesis uno que refiere que los docentes que participen en la intervención aumentarán el conocimiento sobre las ITS, el VIH y el embarazo para transmitir educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test *¡Cuidate!*, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal, previo a la intervención los participantes refirieron que desconocían las formas de transmisión del VIH y que el sida era algo propio de las personas homosexuales.

También desconocían la diferencia entre VIH y sida, o bien, creían que eran sinónimos. Diversos estudios presentaron resultados similares (Leent, 2017; Pássaro et al., 2019; Rizo-Baeza et al., 2018; Thammaraska et al., 2014; Xiong et al., 2020) al mostrar insuficiente conocimiento de los docentes respecto a las

complicaciones del embarazo adolescente, los medios de transmisión y manifestaciones de las ITS/VIH, y la diferencia entre el VIH y el sida.

Posterior a la aplicación de *Soy capaz* los reactivos que mostraron un mayor aumento en el conocimiento fueron los relacionados con las ITS seguidos por el embarazo. En la tercera evaluación que se realizó al finalizar la transferencia del programa *¡Cuídate!* se observó que en su mayoría los reactivos se sostuvieron (reactivos dos, seis, siete, ocho, 11, 12, 13, 14, 17, 18 y 20), mientras que otros aumentaron (reactivos uno, cuatro, 10, 15, 16, 19 y 23) o disminuyeron (reactivos cinco, nueve, 21 y 22).

En el seguimiento se evidenció un aumento de conocimiento en los reactivos relacionados con las ITS, posteriormente en los del embarazo y finalmente en los de VIH/sida, esto coincide con Pássaro et al. (2019) y Serrão (2009) donde se observó un mayor incremento en los reactivos relacionados con la transmisión y manifestaciones de las ITS. La pregunta 15: “Una forma en que muchas mujeres contraen sida es por tener relaciones sexuales con un hombre”, fue la que mostró una mayor disminución del post-test *¡Cuídate!* al seguimiento, pasando de 26 aseveraciones a 19. Esto pudo deberse que en *¡Cuídate!* se hace hincapié en las diferentes formas de transmisión del VIH lo que pudo causar confusión.

En cuanto a la hipótesis dos; los docentes que participen en la intervención aumentarán la autoeficacia para transmitir educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test *¡Cuídate!*, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal, se identificó que previo a la intervención los docentes reportaron sentirse inseguros, con miedo a que decir, cómo decirlo y no saber las respuestas a las dudas de los estudiantes, esto coincide con Joseph (2016) y Mirzazadeh (2017) al referir indiferencia, vergüenza o sentían que era trabajo de los padres solucionar las dudas de los adolescentes. Después de la aplicación *Soy Capaz* se mostró un aumento de aproximadamente un punto en la media de todos los reactivos.

En la evaluación del post-test de ¡Cuidate! se mostró un ligero aumento en la mayoría de los reactivos a excepción del número cuatro donde disminuyó .14 la media. Hasta esta evaluación la variable Autoeficacia para transmitir educación sexual evidenció un aumento gradual, esto significa que se sienten más capaces, cómodos y confiados de hablar con sus estudiantes sobre temas sexuales; sin tabúes y de una manera natural. Estos resultados fueron similares con Pássaro et al. (2019), Serrão (2009), Thammaraksa et al. (2014) y Xiong et al. (2020) al señalar que las barreras de la comunicación sexual disminuyeron.

En la evaluación de seguimiento la mayoría de los reactivos mostró un leve declive en comparación con la evaluación anterior, a excepción de los reactivos cinco y 14 que se mantuvieron iguales. Mientras que solo el reactivo 11 aumentó del post-test ¡Cuidate! al seguimiento. De manera general dicha variable mostró un mayor aumento entre la medición del pre-test y el post-test *Soy capaz*. Esto pudo deberse a que las actividades incluidas en *Soy capaz* mejoraron sus capacidades, comodidad y confianza para hablar temas sexuales. Esto puede atribuirse a la transmisión de información y estadísticas actuales, uso adecuado del lenguaje verbal y no verbal, desarrollo de prácticas para la colocación del condón y aspectos pedagógicos para hablar y enseñar temas de sexualidad a jóvenes adolescentes. Serrão (2009) identificó a la autoeficacia como variable predictora para el desarrollo de habilidades de educación sexual.

En lo que refiere a la hipótesis tres que refiere que los docentes que participen en la intervención aumentarán las habilidades de educación sexual en el post-test *Soy capaz*, post-test ¡Cuidate!, post-test al finalizar la intervención y al mes de seguimiento respecto a la medición basal, antes de la intervención los participantes mencionaron que si su materia incluía temas de sexualidad solamente se abordaban tal cual estaban en el libro, es decir, solo se leían sin dar lugar a dinámicas o resolución de dudas. Se encontró que aquellos docentes con materias a fin lograron puntajes más altos en las tres

variables, expresaron el deseo de seguir impartiendo educación sexual a sus estudiantes y se mostraron más motivados al replicar *¡Cuídate!*.

Por otro lado, los docentes con materias que no tenían relación como; inglés, español y matemáticas no mostraron el mismo compromiso, por lo que se requirió mayor apoyo del asistente para recordar las fechas de la réplica. Este hallazgo coincide con lo reportado por Serrão (2009) y Pássaro et al. (2019) al referir que los docentes con materias que no eran a fin se mostraban menos motivados o en el seguimiento identificaban que no respondían las dudas de los estudiantes y los referían con sus padres o tutores.

Del pre-test al post-test *Soy capaz* aumentó hasta dos puntos la media de todos los reactivos y de manera subsecuente se observó del post-test *¡Cuídate!* al seguimiento. Esto significa que durante toda la intervención los docentes mejoraron su articulación sobre temas de salud sexual a pesar de que no sean parte de su materia, buscan información para aumentar sus conocimientos sobre sexualidad y tratan de hacer que sus estudiantes entiendan la sexualidad como algo natural.

Esto es similar con lo reportado por Serrão (2009) y Thammaraksa et al. (2014) al aumentar las habilidades para hablar de manera segura sobre temas sexuales a sus estudiantes. Al respecto Serrão (2009) refiere que las habilidades están estrechamente relacionadas con la autoeficacia y el conocimiento, de este modo las habilidades son necesarias para crear confianza en sí mismo y a su vez proyectarla a los estudiantes.

Por otro lado, la primer hipótesis para los adolescentes menciona que aquellos que participen en la intervención aumentarán el conocimiento sobre las ITS, VIH y el embarazo, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal. Se identificó un aumento en el conocimiento principalmente para la prevención de las ITS más que en el embarazo. Estos hallazgos se asemejan a los de Fonner et al. (2014) y Mason-Jones et al. (2016), al mencionar que los estudiantes se mostraban más preocupados por el contagio de una ITS o el VIH, que por el embarazo.

Además, se observó que durante la intervención fue evidente el nivel de maduración psicológica y de conocimiento sobre temas sexuales. Por ejemplo, los participantes entre 12 y 13 años realizaban preguntas sobre los cambios físicos y la masturbación, mientras que los de 14 a 16 años expresaban sus dudas sobre sus encuentros sexuales y cuáles métodos anticonceptivos habían usado. Estos datos son similares a los presentados por Denison et al. (2012), Espada et al. (2015), Harrison et al. (2016) y Mathews et al. (2019).

Al respecto, la UNICEF (2020) refiere que en la adolescencia temprana (10 a 13 años) aún no existe una maduración cognitiva en donde el individuo se vea a sí mismo como en un proceso a la adultez, sino que se concentra en sus cambios físicos y sociales. Por otra parte, en la adolescencia media (14-16) existe una mayor maduración a nivel psicológico donde se construye una identidad y busca la independización y experimentación. Se señala que en esta etapa los jóvenes tienen conductas más riesgosas al no reconocer las consecuencias a mediano y largo plazo (American Academy of Pediatrics, 2019).

En la evaluación del post-test se evidenció un aumento cercano al doble en todos los reactivos. Por ejemplo, uno de los reactivos con un marcado crecimiento fue el reactivo cuatro: “Una mujer que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, aumenta su posibilidad de quedar embarazada pasó de 69 participantes que contestaron correctamente en el pre-test a 154 en el post-test. En cuanto al seguimiento, la mayoría de los reactivos aumentó en comparación con las mediciones anteriores, esto es similar con lo presentado por Nagamatsu et al. (2011) al referir un aumento en el conocimiento sobre la concepción del embarazo, así como las manifestaciones y transmisión de las ITS y el VIH.

No obstante, en la evaluación de seguimiento del presente estudio también se observaron ligeros descensos en algunos reactivos (dos, seis, 10,13, 15, 16, 17 y 22), esto coincide con los resultados de Espada et al. (2015), Denison et al. (2012) y

Mathews et al. (2019), al referir que cuando un conocimiento no se pone en práctica se vuelve más complejo recordarlo. Se resalta la importancia de la educación sexual con aspectos cognitivos, psicológicos y conductuales desde la infancia dado que esto impacta en las decisiones y comportamiento de la vida sexual para prevenir embarazos no deseados o el contagio de una ITS (Pássaro et al., 2019). Esto se ve secundado con el presente estudio dado que durante el reclutamiento de participantes cuatro primarias mostraron deseos que sus docentes y estudiantes participaran puesto que ya había casos de embarazo y dudas sobre temas sexuales que las docentes no querían contestar por pudor.

La hipótesis dos que menciona que aquellos que participen en la intervención mejorarán las actitudes hacia el uso del condón, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal. Se identificó que después del programa *¡Cúdate!* los adolescentes percibieron el condón más agradable, bueno, fácil de color, cómodo y sobre todo necesario. Esto es similar a los hallazgos de Coyle et al. (2006), Denison et al. (2012) y Robles et al. (2011) y Robles y Díaz-Loving, (2006) en donde las actitudes hacia al uso del condón mejoraron al considerarlo beneficioso para su salud sexual. En el seguimiento, el considerarlo agradable y deseable disminuyeron la media en décimas. Mientras que considerarlo bueno, fácil de colocar, necesario y cómodo aumentaron respecto a las mediciones anteriores. A pesar de que durante el mes de espera de la última medición la percepción de que el condón es agradable y deseable disminuyó.

La hipótesis tres menciona que los adolescentes que participen en la intervención fortalecerán la comunicación sexual con la pareja, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal. En el pre-test, la variable Comunicación sexual con la pareja indicó que los adolescentes hablaban sobre la prevención del embarazo, ITS y el VIH, el uso del condón y el historial sexual de su pareja, con una frecuencia aproximada de una a seis veces en un periodo de seis meses. Esto oscila entre las respuestas tipo Likert: a veces y frecuentemente. En el post-test *¡Cúdate!*, la variable

se comportó de manera similar con otros autores (Coyle et al., 2013; Champion & Collins, 2012; Milburn et al., 2012) al mostrar un aumento en la comunicación sobre cómo prevenir el embarazo, el uso del condón y como prevenir las ITS y el VIH. En el seguimiento, se evidenció un descenso decimal en la media de los reactivos uno y tres, acerca de hablar sobre cómo prevenir el embarazo y el virus del sida. Esto contrasta con Nagamatsu et al. (2011) quienes reportaron un aumento gradual en todos los reactivos de cada medición.

La hipótesis cuatro que refiere que los adolescentes que participen en la intervención incrementarán el apoyo familiar al riesgo sexual, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal. Se evidenció que fue la variable que presentó menor puntaje en la media desde el pre-test hasta el seguimiento. A pesar de que la media aumentó en el post-test *¡Cuidate!*, estos puntajes disminuyeron discretamente en el seguimiento. Coyle et al. (2013), Hammack et al. (2018) y Spears et al. (2017) señalan que una baja percepción de apoyo familiar impacta negativamente en la autoeficacia, la comunicación sexual, las actitudes hacia el condón y las habilidades para negociar actividades sexuales seguras. Goesling et al. (2014) señala que el apoyo familiar impacta en las decisiones y conductas sexuales de los adolescentes. En tal sentido, los resultados del presente estudio pueden deberse a que no se trabajó con la familia, por lo que las creencias y costumbres difícilmente cambien.

Por último, respecto a la hipótesis cinco que menciona que los adolescentes que participen en la intervención incrementarán la autoeficacia para el sexo seguro, en el post test y al mes de seguimiento respecto a la medición basal. Se observó que en su mayoría los adolescentes se sentían “algo seguros” de rechazar conductas sexuales de riesgo. Mientras que en el post-test *¡Cuidate!* la mayoría de los participantes pasó a sentirse “muy seguros” para rechazar el sexo inseguro, preguntar sobre el historial sexual de la pareja y negociar sobre el uso del condón.

Esto concuerda con Denison et al. (2012), Espada et al. (2015) y Harrison et al. (2016) al informar que inmediatamente al finalizar una intervención conductual los adolescentes son capaces de identificar y rechazar relaciones sexuales inseguras. Respecto al seguimiento, la mayoría de los reactivos incrementaron su media o se sostuvieron, estos datos son similares a los reportados por Espada et al. (2015) y Harrison et al. (2016). Se puede deducir que los adolescentes que tienen mayor autoeficacia son capaces de tomar decisiones responsables para una conducta sexual segura y por ende tener un riesgo menor de un embarazo o la adquisición de una ITS o el VIH.

En lo que respecta a la Consistencia del uso del condón y a la Postergación del inicio de vida sexual, los resultados no se vieron afectados en las mediciones, esto pudo deberse a las restricciones sociales provocadas por la pandemia, haciendo que no se presentaran experiencias de éxito ni la necesidad de poner en práctica las habilidades. No obstante, se considera como una variable importante para medir a largo plazo. Espada et al. (2015), Hammack et al. (2018) y Spears et al. (2017) establecen un plazo mínimo de seis meses para poder mostrar datos concretos de estas dos variables. Cabe señalar que este estudio evidenció un inicio de vida sexual activa a los 12 años y sin consistencia del uso del condón.

En lo que respecta al objetivo uno que es determinar si existen diferencias significativas en las variables del docente y del adolescente entre el pre, post y seguimiento un mes después de una intervención en el contexto educativo dirigido a docentes de secundaria para que transmitan el conocimiento a sus estudiantes con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la prevención de ITS, VIH y el embarazo, las actitudes hacia el uso del condón, la comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para el sexo seguro y el uso consistente del condón, así también se busca promover la postergación del inicio de la vida sexual. Se encontró que tanto *Soy capaz* como *¡Cuídate!* lograron incrementar cada una de las variables de ambas poblaciones, a

excepción de la Consistencia del uso del condón y a la Postergación del inicio de vida sexual que por cuestiones de pandemia no permitió la convivencia entre los adolescentes.

Los hallazgos de esta investigación respecto a la TCS enfatizaron que incluir aspectos psicológicos de la teoría en *Soy capaz* permitió que las dinámicas pedagógicas incrementaran las variables estudiadas del docente. Los resultados se asemejan a los de Thammaraksa et al. (2014) y Harrison et al. (2016) quienes identificaron que el grupo experimental donde se usó la TCS mostró efectos beneficiosos al mostrar una actitud más positiva hacia la educación sexual, se sentían más confiados para brindar los temas y seguros de responder las dudas de los estudiantes. También informaron que los docentes incorporaron actividades como grupos de discusión para hablar sobre temas sexuales que antes no eran capaces de hablar a pesar de su importancia. Así mismo, los participantes mencionaron un aumento en la conciencia y comprensión de la importancia de la educación sexual.

En los adolescentes, el uso de la TCS se vio reflejada principalmente en la autoeficacia para rechazar conductas sexuales de riesgo. Al final de la intervención se mostraban más seguros de negarse a tener relaciones sexuales si no conocían el historial sexual de su pareja o si estaba bajo el influjo del alcohol o alguna droga.

Nagamatsu et al. (2011) mostraron resultados parecidos, encontraron que el grupo experimental que recibió educación sexual por parte de docentes mostró una disminución de las conductas sexuales inseguras y un aumento en la comunicación sexual, por ejemplo; si los adolescentes no querían tener sexo se lo hacían saber a su pareja o buscaban una excusa para salir de la situación. También comenzaron a hablar con su pareja sobre los beneficios del uso del condón y la negación de querer un embarazo.

Factibilidad

De acuerdo con los resultados encontrados se respondió al segundo objetivo de identificar la factibilidad del estudio, a través de los indicadores de disponibilidad, calidad y capacitación de los facilitadores, recursos materiales, contexto de aplicación, barreras para la participación y fidelidad de la intervención. Y factibilidad de los métodos: procedimiento del reclutamiento y recolección de datos. Se puede deducir que la intervención y sus métodos fueron factibles, pero se aconseja gestionar con más anticipación la participación de las secundarias (esto incluye tanto a docentes como a adolescentes) debido al tiempo que llevaron los procesos internos durante la pandemia.

Para una mejor disponibilidad de la intervención, en los docentes se les dio a escoger entre cuatro horarios en diferentes días, mientras que a los adolescentes se les ofrecieron las sesiones fuera de su horario escolar, en diferentes horarios. La calidad de la intervención no se vio afectada por ningún recurso humano o material. Durante la capacitación de los facilitadores (docentes) se ampliaron los conocimientos, actitudes y habilidades, a la par estos se mostraron puntuales, participativos y colaborativos. Según Nagamatsu et al. (2011) debe considerarse que los docentes tal vez no tengan los suficientes conocimientos sobre como brindar una educación sexual adecuada. Además, los temas de salud están en constante actualización, por lo que debe preverse que los docentes estén dando información que ha sido mal entendida o refutada por nuevos estudios, por ello que se enfatiza la capacitación en el profesorado.

Los recursos materiales fueron adecuados a pesar de su modificación a modalidad digital. El uso del manual y la presentación digital requirió entrenamiento del consejero hacia los facilitadores para poder impartirlo de manera correcta. Estos se compartieron por correo electrónico y se les solicitó no compartirlos por cuestiones de proceso de registro de derechos de autor. Se les informó que en caso de que su señal de internet fuera débil y no pudiera reproducir los videos, podían compartir el enlace en el chat.

Respecto al contexto de aplicación, éste se vio modificado por la pandemia, pasó de ser presencial a virtual. En el caso de Soy capaz no se observaron aspectos negativos por su modalidad de entrega, en cuanto al programa *¡Cúidate!* se mostró factibilidad al igual que otros autores (Cruz et al., 2008; Kelsey et al., 2016) a pesar de que se cambió su modalidad de entrega. En cuanto a las barreras para la participación, los hallazgos más importantes fueron la baja conexión de internet que hacía que los videos se vieran pausados. Esto se solucionó compartiendo el enlace del video por el chat. Mitchell et al. (2014), reportaron barreras similares en estudios llevados a cabo de manera digital. Esto puede deberse a la saturación de la red, una deficiente cobertura o problemas con el dispositivo (Jiménez, 2021).

Se respetó la fidelidad de la intervención mediante el seguimiento del manual y la presentación durante toda la intervención. La dosis se brindó de acuerdo con lo previsto y se constató que cada sesión fuera equivalente en todas las condiciones. A pesar de que se consideró la posibilidad de situaciones adversas que pudieran causar un contratiempo, estas no se presentaron. A fin de verificar la fidelidad, el asistente monitorizó cuidadosamente todas las sesiones con una lista de cotejo, como resultado se confirma la fidelidad de la intervención en todo momento. Estos datos se ven secundados por Cruz et al. (2008) y en Gitlin y Czaja (2016), al referir que una intervención tiene fidelidad al cumplir con el apego de acuerdo con lo planeado y la entrega es apta por parte de los facilitadores.

En lo que respecta a la factibilidad de los métodos, a pesar de que el procedimiento de reclutamiento se vio afectado por la pandemia, éste fue factible, e inclusive se reunió una muestra dos veces mayor a la sugerida por Buston et al. (2002), Harrison et al. (2016) y Nagamatsu et al. (2011) para llevar a cabo intervenciones de este tipo. En cuanto a los estudiantes, sucedió una situación similar, dado que las secundarias se mostraban herméticas en su participación, no obstante, el solicitar a cada docente que

reuniera un grupo de adolescentes logró la muestra deseada y por lo tanto se consideró factible.

Por último, a pesar de que los instrumentos se aplicaron vía electrónica estos fueron factibles, los participantes mencionaron la facilidad de contestarlos, la ventaja de hacerlo en cualquier horario y el poder hacerlo en etapas para no saturarse de información. Por último, fue factible realizar la presente intervención; sin embargo, se requiere unir esfuerzos con los tomadores de decisiones del sector educativo para que sea posible su implementación en las instituciones educativas.

Aceptabilidad

Para dar respuesta al tercer y último objetivo que consiste en estimar la aceptabilidad de los docentes y estudiantes para participar en una intervención en función de los indicadores de: tasa de inscripción, tasa de retención, tasa de abandono y satisfacción con la intervención. De acuerdo con Sidani y Braden (2011) se deduce que ambos programas fueron aceptables tanto en docentes como en adolescentes dado que la mayoría de los indicadores oscilaron entre “de acuerdo” y “muy de acuerdo”. A pesar de que la modalidad de inscripción fue modificada de manera presencial a virtual, esta no generó un cambio significativo pues de los 33 docentes inscritos, cinco no cumplieron con los criterios de inclusión por pertenecer a escuelas de educación especial, primarias y preparatorias.

Por otra parte, tanto la tasa de retención en ambas poblaciones y en las intervenciones respectivas se mantuvo intacta. Se considera que llevar a cabo la intervención de manera virtual, fue un factor que pudo haber influido en la retención de los participantes. Otro hallazgo fue el alto puntaje de las medias en la satisfacción con las intervenciones por parte de las dos poblaciones, esto incluyó: gusto, utilidad, satisfacción, conveniencia y recomendación a otros. La aceptabilidad de los programas y de la intervención en general, pudo deberse a la inclusión de estrategias exitosas en otras

intervenciones para lograr un aprendizaje significativo tanto en docentes como adolescentes.

En el caso de *Soy capaz* se utilizó como parte de la didáctica la activación de conocimientos previos para conocer aspectos relevantes de las conductas sexuales de riesgo (Harrison et al., 2016), experiencias compartidas para identificar las barreras de comunicación y para aumentar su propia confianza (Mathews et al., 2012), así como la discusión de casos para aumentar las conductas positivas para impartir temas sexuales (Norton et al., 2012). También, se incluyeron preguntas intercaladas para conocer el concepto de autoeficacia y sus beneficios (Thammaraksa et al., 2014), colocación del condón masculino y formación de grupos de discusión para debatir actividades del docente con relación a la educación sexual (Duflo et al., 2015; Harrison et al., 2016; Mathews et al., 2012). Esto permitió el empoderamiento de los docentes en materia de psicología (actitudes, autoeficacia y autoconfianza), pedagogía y habilidades respecto a la sexualidad.

También el contenido del manual tomó en cuenta el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la adquisición de nuevas y mejores habilidades prácticas y cognoscitivas (Vygotsky, 1962) expresadas en las dinámicas de cada sesión. Así mismo, se consideraron aspectos sociales actuales, para dar respuesta a las inquietudes de los docentes sobre cómo brindar los temas de sexualidad descritos en los libros utilizados para dar clase. Integrar aspectos didácticos en los procesos de formación y capacitación docente en materia de educación sexual se consideran relevantes; así mismo es importante identificar y seleccionar a los docentes idóneos que deseen participar en la educación sexual en el entendido que no todos se sentirán cómodos, por lo que identificar el perfil y su aceptabilidad es fundamental.

Harrison et al. (2016), Mathews et al. (2012) y Villarruel et al. (2006) reportaron que las intervenciones de educación sexual que se basaron en la TCS lograron ser aceptables al incluir aspectos del aprendizaje observacional al mostrar el tema y

posteriormente ponerlo a prueba para modelar el comportamiento. También se consideró la codificación del comportamiento a través de imágenes y videos para conseguir con una mejor retención de la información. Por último, se felicitó a los participantes al finalizar cada dinámica, al respecto, Sánchez et al. (2018) refieren que al felicitar a las personas (psicología positiva) por realizar una conducta determinada se fomenta y fortalece el bienestar personal, se produce felicidad, incide en la prosecución y el rendimiento, y por tanto invitan a repetir la conducta en cuestión.

Limitaciones del Estudio

Algunas de las limitaciones presentadas en el estudio con relación al abordaje metodológico fue la falta de actividades académicas presenciales de estudiantes y maestros. Debido a esto se generó la modificación del programa, de presencial a virtual; sin embargo, algunos de los candidatos no contaban con dispositivos digitales o internet lo que limitó su participación.

Respecto al reclutamiento, la pandemia generó que los directivos de las secundarias mostraran una limitada respuesta para participar en el estudio, por lo que se decidió aceptar solicitudes de participación de docentes de otros estados de la República, siempre y cuando las secundarias cumplieran con el perfil de ser públicas, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo alto y bajo bajo y contar con la autorización por parte de los directores de las instituciones. Otra limitación fue la autorización de los padres para que sus hijos participaran en la intervención, por lo tanto, los estudiantes se reclutaron por medio de invitaciones de los maestros. Dado que no todos los maestros lograron reclutar la misma cantidad de estudiantes, se buscó que todos ellos participaran con cantidades similares de adolescentes.

Otra limitación del estudio fue que se realizó una sola medición de seguimiento al mes de concluido el programa, no obstante, se reconoce la importancia de realizar más mediciones a lo largo del tiempo para observar la sostenibilidad en los resultados. A pesar de las limitantes, el presente trabajo llena un vacío del conocimiento porque se

pudo probar la factibilidad y aceptabilidad de una nueva intervención psicopedagógica digitalizada sobre educación sexual dirigida a los docentes donde se enfatiza una participación dinámica con los adolescentes. Por sus resultados, esta intervención por puede ser una estrategia efectiva para que los docentes aprendan y pongan en práctica competencias pedagógicas para que sus estudiantes tomen decisiones responsables respecto a la sexualidad.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio proporcionan pruebas iniciales de que el programa *Soy capaz* logró aumentar el conocimiento, la autoeficacia y las habilidades sobre temas sexuales en los docentes. De igual modo, *¡Cuidate!* con las modificaciones realizadas, consiguió los resultados esperados. Se puede constatar que un docente capacitado en salud sexual puede influir en el comportamiento de sus alumnos.

Soy capaz, es un programa de educación sexual para el docente que integra aspectos psicopedagógicos, psicológicos, conductuales y de digitalización para aumentar en los estudiantes adolescentes conductas sexuales seguras. Se compone por dinámicas fáciles de realizar que mantienen al participante en constante interacción con el proveedor. Dado el vacío del conocimiento respecto a programas de esta índole en México, *Soy capaz* se creó a partir de intervenciones internacionales exitosas y sostenibles. Además, toma como base la TCS la cual ha demostrado ser de gran utilidad en estudios conductuales para la salud por su gran poder predictivo (Thammaraksa et al., 2014).

Se identificó que a través de *Soy capaz* los docentes aumentaron su Conocimiento sobre ITS, VIH y embarazo, principalmente en los reactivos relacionados con las manifestaciones y formas de contagio de las ITS, así como en los del uso del condón. De igual manera, se incrementó la Autoeficacia del docente para transmitir educación sexual, se sintieron más preparados para brindar temas de sexualidad y ahora se restringen de emitir juicios sobre los comportamientos sexuales de sus alumnos y en

su lugar escuchan sus ansiedades, inseguridades y dudas. Por último, *Soy capaz* consiguió que los docentes reforzaran sus habilidades para impartir educación sexual de una manera transversal, aprovechando la articulación con otras disciplinas o espacios en su materia. Con base a los hallazgos *Soy capaz* puede ser un modelo para implementar en cualquier programa de educación sexual.

De acuerdo con los docentes las estrategias pedagógicas más dinámicas y eficaces fueron: las experiencias compartidas, porque les permitía expresarse y conocer la situación de cada participante. Y la discusión de caso, para saber cómo actuar, dado que varios docentes mencionaban haber estado en escenarios similares y no saber que hacer ni que decir, o si lo que dijeron era correcto. Para ello, como herramienta solo se requirió la presentación de *Soy capaz*.

Por otra parte, en la población adolescente se identificó que la exposición a *¡Cuídate!* permitió el aumento de la percepción hacia el uso del condón, es decir, ahora lo consideran más agradable, deseable, bueno, fácil de colocar, necesario y cómodo. Igualmente, la Comunicación sexual con la pareja se vio modificada de manera positiva al incrementar la frecuencia de la charla con la pareja sobre conductas sexuales seguras.

Se evidenció un aumento en la variable de Conocimiento del adolescente sobre ITS, VIH y embarazo, especialmente en los aspectos relacionados al VIH. La variable de Apoyo familiar al riesgo sexual no se modificó de la manera esperada dado que no se integró la participación de los padres. En lo que respecta al uso consistente del condón los resultados de la evaluación fueron idénticos entre el pre-test y el post-test, sin embargo, en el seguimiento se observó un incremento. En cuanto a la Autoeficacia del adolescente para el sexo seguro, los participantes se sintieron más capaces de rechazar conductas sexuales de riesgo, cuestionar a su pareja sobre su historial sexual y negociar conductas sexuales más seguras. En el caso de la variable de postergación del inicio de la vida sexual, no sufrió cambios durante toda la intervención.

La TCS guió la intervención a modo de que los factores personales y la conducta (autoeficacia y habilidades), conllevaran a brindar una mejor educación sexual, o en el caso de los adolescentes a tomar decisiones más responsables respecto a su sexualidad. Se consideró un hallazgo relevante que la variable Apoyo familiar al riesgo sexual (adolescente), perteneciente al constructo factores ambientales, no mostró el cambio esperado. Esto pudo deberse a que no se incluyó la participación de la familia.

Por lo anterior, se considera que las modificaciones realizadas al programa *¡Cuidate!* resultaron ser efectivas al mantener los resultados esperados en los adolescentes. Para finalizar, la intervención demostró ser factible en todos los aspectos metodológicos y de diseño. De manera similar, los hallazgos de la aceptabilidad en ambos programas se consideran prometedores dado que los componentes que lo integran fueron evaluados en su mayoría como adecuados. Por ende, la aplicación del presente estudio es un paso fundamental para continuar con el avance de la intervención, lo que demanda a corto plazo realizar gestiones con la SEP para su implementación en el sector educativo de nivel básico como una estrategia de educación sexual que apoye la educación integral de los estudiantes desde etapas tempranas de la vida.

Recomendaciones

Investigación

De acuerdo con los resultados se sugiere validar las escalas adaptadas en el presente trabajo en otros niveles socioeconómicos. Así mismo, se recomienda anticipar la gestión de la intervención con las secundarias dada la limitada respuesta.

Se sugiere incrementar la muestra de estudiantes de forma que el docente replique la intervención completa a un grupo.

Incluir docentes que impartan materias a fin.

Se aconseja que las evaluaciones de seguimiento sean a los tres, seis y doce meses a fin de constatar la sostenibilidad de la intervención.

Para futuros estudios que aborden la sexualidad se sugiere incluir la percepción de los medios de comunicación y redes sociales por ser una influencia en ascenso en la población adolescente.

Incluir la participación de los padres o tutores en estudios que contemplen la variable de Apoyo familiar al riesgo sexual, esto a fin de generar un cambio en la variable.

Práctica

Establecer alianzas estratégicas con directivos de la SEP para que el programa pueda ser implementado por docentes en escuelas primarias y secundarias públicas y privadas del estado, como una estrategia de prevención en salud sexual para los adolescentes.

Replicar el programa en escuelas primarias con alumnos en edades tempranas debido a que este estudio reveló que 10 adolescentes ya habían iniciado vida sexual a los 12 años y en su mayoría no tenían consistencia en el uso del condón.

Se aconseja aplicar el curso de educación sexual a los adolescentes de acuerdo con su edad o año escolar, puesto que se identificó una diferencia de maduración psicológica durante la intervención. Es decir, mientras los participantes de 12 años realizaban preguntas sobre los cambios sexuales físicos, los de 15 años realizaban preguntas de acuerdo con su experiencia de encuentros sexuales.

Referencias

- Abreu, J. (2016). La educación de la sexualidad en la infancia preescolar: un reto para las promotoras del programa educa a tu hijo. *Mendive. Revista de Educación*, 14(3), 237-242.
- Ajayi, A. I., & Olamijuwon, E. O. (2019). What predicts self-efficacy? Understanding the role of sociodemographic, behavioural and parental factors on condom use self-efficacy among university students in Nigeria. *PloS ONE*, 14(8): e0221804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221804>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Alfaro Martínez, L.B., Rivera Aragón, S. y Díaz-Loving, R. (1992). “Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes”. *Revista Intercontinental de Psicología*, 4(2), 151-166.
- American Academy of Pediatrics. (2019, octubre). *Stages of Adolescence*. <https://www.healthychildren.org/english/ages-stages/teen/pages/stages-of-adolescence.aspx>
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43-50.
- Bakopoulou, I., & Dockrell, J. E. (2016). The role of social cognition and prosocial behavior in relation to the socio-emotional functioning of primary aged children with specific language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 49(50), 354-370. Doi:10.1016/j.ridd.2015.12.013
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Bandura, A (1986). *Social foundations of thought & action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A (1994). *Self-Efficacy*. Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. Freeman.
- Bandura, A. (1999). *A social cognitive theory of personality*. Guilford Publications.
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Bittner, V. y Meisert, A. (2021). Sex education meets interculturality – German biology teachers’ views on the suitability of specific topics and their personal competencies. *Sex Education*, 21(2), 190-207. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1766436>
- Bryan, A., Kagee, A., & Broaddus, M. R. (2006). Condom Use Among South African Adolescents: Developing and Testing Theoretical Models of Intentions and Behavior. *AIDS and Behavior*, 10(4), 387–397. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9087-5>
- Burns, N. & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research*. Saunders Company.
- Burns, S., & Hendriks, J. (2018). Sexuality and relationship education training to primary and secondary school teachers: an evaluation of provision in Western Australia. *Sex Education*, 18(6),672-688. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1459535>
- Buston, K., Wight, D., Hart., G. & Scott, S. (2002). Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research*, 17(1), 59–72. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.59>

- Castillo, J., Derluyn, I., & Valcke, M. (2019). El (des)encuentro entre los programas de educación sexual en los Colegios y las expectativas de los adolescentes ecuatorianos. *Maskana*, *10*(2), 21-31. <https://doi.org/10.18537/mskn.10.02.03>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2019, diciembre). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre del 2018*. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2014). *Resumen de la hoja informativa sobre los condones*. https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/Condom_fact_Sheet_in_Brief_spanish.pdf
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2018). *Sexually transmitted disease surveillance 2012*. <http://www.cdc.gov/std/stats12/surv2012.pdf>
<https://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017002>
- Champion, J. D., & Collins, J. L. (2012). Comparison of a theory-based (AIDS Risk Reduction Model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(2), 138-150. <http://doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.010>
- Commendador, K. A. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing*, *36*(3), 147-170.
- Covarrubias, C., & Mendoza, M. (2013). La teoría de autoeficacia y el desempeño docente: el caso de Chile. *Revista de estudios hemisferios y polares*, *4*(2), 107-123.
- Cox-Martin, E., Cox, M., Basen-Engquist, K., Bradley, C., & Blalock, J. (2020). Changing multiple health behaviors in cancer survivors: smoking and exercise.

Psychology, Health & Medicine, 25(3), 331-343. <http://doi:10.1080/13548506.2019.1679849>

- Coyle, K. K., Glassman, J. R., Franks, H. M., Campe, S. M., Denner, J., & Lepore, G. M. (2013). Interventions to Reduce Sexual Risk Behaviors Among Youth in Alternative Schools: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 68-78. <http://doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.012>
- Coyle, K., Kirby, D., Robin, L., Banspach, S., Baumler, E., & Glassman, J. (2006). All4you! A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 187-203. <http://doi:10.1521/aeap.2006.18.3.187>
- Cruz, J., Onofre-Rodríguez, D., Gutiérrez, J., Gallegos, E. & Villarruel, A. (2008). Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVI (1),60-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215231005>
- Cutrona C. E., & Russell D., W. (1987). Advances in personal relationships. Jones, Warren H. & Perlman, Daniel (Eds), *The provisions of social relationships and adaptations to stress* (pp. 37-67).
- Darbes L. A., & Lewis. M. A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*, 24(6), 617-22. <http://doi:10.1037/0278-6133.24.6.617>
- Denison, J. A., Tsui, S., Bratt, J., Torpey, K., Weaver, M. A., & Kabaso, M. (2012). Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Education Research*, 27(2), 237–247. <http://doi:10.1093/her/cyr093>
- Díaz-Loving, R. & Sánchez, A. R. (2002). *Psicología del amor: Una visión integral de la relación de pareja*. México: Editorial Porrúa.

- Dilorio, C., Pluhar, E., & Belcher, L. (2003). Parent-Child Communication About Sexuality. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 5(3-4), 7-32. http://doi:10.1300/j129v05n03_02
- Duflo, E., Dupas, P., & Kremer, M. (2015). Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya. *American Economic Review*, 105(9), 2757-2797. <http://doi:10.1257/aer.20121607>
- Dulock, H. L. & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quartely*, 4(2), 83-87.
- Espada, J., Morales, A., Orgilés, M., Jemmott, J. B., & Jemmott, L. S. (2015). Short-Term Evaluation of a Skill-Development Sexual Education Program for Spanish Adolescents Compared with a Well-Established Program. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.018>
- Espada, J. P., Escribano, S., Morales, A., & Orgilés, M. (2017). Two-Year Follow-Up of a Sexual Health Promotion Program for Spanish Adolescents. *Evaluation & the Health Professions*, 40(4), 483-504. <https://doi.org/10.1177/0163278716652217>
- Estupiñán-Aponte, M., Amaya-Estupiñán, L., & Rojas-Jiménez, Y. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 491-501.
- Fabrizio, C. S., Lam, T. H., Hirschmann, M. R., & Stewart, S. M. (2013). A Brief Parenting Intervention to Enhance the Parent-Child Relationship in Hong Kong: Harmony@Home. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 603–613. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9614-0>
- Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., Martínez-Álvarez, J. L., Carcedo, R. J., & Orgaz, B. (2019). What do Spanish adolescents know (or not know) about sexuality? An exploratory study. *Journal of Youth Studies*, 1(17). <http://doi:10.1080/13676261.2019.1571176>

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- Fitzpatrick, K. (2018) Sexuality education in New Zealand: a policy for social justice? *Sex Education, 18*(5), 601-609. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1446824>
- Flora MC, Rodrigues RFF, Paiva HMC GC. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Enfermagem Referência, 3*(10), 125-134.
- Fonner, V., Armstrong, K., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2014). School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS ONE 9*(3): e89692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692>
- French, S. E., & Holland, K. J. (2013). Condom Negotiation Strategies as a Mediator of the Relationship between Self-Efficacy and Condom Use. *Journal of Sex Research, 50*(1), 48-59. <https://doi:10.1080/00224499.2011.626907>
- Furlanetto, M.F., Lauermann, F., Costa, C.B., & Marin, A. (2018). Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. *Cadernos De Pesquisa, 48*, 550-571.
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L., & Yan Zhou, M. S. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México, 50*(1), 59-66.
- Gibson, S., & Dembo, M. H. (1984). Teacher efficacy: A construct validation. *Journal of Educational Psychology, 76*(4), 569-582. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.76.4.569>
- Glassman, J., Franks, H., Baumler, E., & Coyle, K. (2014). Mediation analysis of an adolescent HIV/STI/pregnancy prevention intervention. *Sex Education, 14*(5), 497-509. <http://doi:10.1080/14681811.2014.914025>

- Gitlin, L. & Czaja, S. (2016). *Behavioral Intervention Research: Designing, Evaluating, and Implementing*. Springer Publishing Company
- Goesling, B., Colman, S., Trenholm, C., Terzian, M., & Moore, K. (2014). Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health, 54*(5), 499–507. [http://doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.004](http://doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.004)
- González, G. Y. (2015). El papel del docente en la educación para la sexualidad: algunas reflexiones en el proceso educativo escolar. *Actualidades Investigativas En Educación, 15*(3). <https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20335>
- Goldman, J. D. (2011). An exploration in Health Education of an integrated theoretical basis for Sexuality Education pedagogies for young people. *Health Education Research, 26*(3), 526-541. <http://doi:10.1093/her/cyq084>
- Graham, C., & Ingham, R. (2017). Feasibility study of the Kinsey Institute Homework Intervention (KIHIS-UK) to promote correct and consistent condom use, RCUK. *Impact, 2*, 75-77. <http://doi:10.21820/23987073.2017.2.75>
- Hammack, P. L., Meyer, I. H., Krueger, E. A., Lightfoot, M., & Frost, D. M. (2018). HIV testing and pre-exposure prophylaxis (PrEP) use, familiarity, and attitudes among gay and bisexual men in the United States: A national probability sample of three birth cohorts. *PLOS ONE, 13*(9), e0202806. [http://doi: 10.1371/journal.pone.0202806](http://doi:10.1371/journal.pone.0202806)
- Harrison, A., Hoffman, S., Mantell, J., Smit, J., Leu, Ch., Exner, T., & Stein, Z. (2016). Gender-Focused HIV and Pregnancy Prevention for School-Going Adolescents: The Mpondombili Pilot Intervention in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 15*(1), 29 (47). [http://doi: 10.1080/15381501.2014.999183](http://doi:10.1080/15381501.2014.999183)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Hill, K.G., Bailey, J.A., Hawkins, J.D. et al. (2014). The Onset of STI Diagnosis Through Age 30: Results from the Seattle Social Development Project Intervention. *Prevention Science*, 15, 19-32. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0382-x>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Natalidad y fecundidad*. <https://www.inegi.org.mx /temas/natalidad/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <https://bit.ly/3NFZnr6>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Embarazo Adolescente*. <https://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional16/3361-embarazo-adolescente-mexico.html>
- Javier, S., Abrams, J., Moore, M., & Belgrave, F. (2016). Condom Use Efficacy and Sexual Communication Skills Among African American College Women. *Health Promotion Practice*, 19(2), 287-294.
- Jemmott, J. B. III., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1992). Reduction in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American journal of public health*, 82, 372-377.
- Jemmott, J. B., III, Jemmott, L. S., Fong, G. T., & Morales, K. H. (2010). Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention for adolescents when implemented by community-based organizations: a cluster-randomized controlled trial. *American journal of public health*, 100(4), 720-726. <http://doi:10.2105/AJPH.2008.14065>
- Jenner, E., Jenner, L. W., Walsh, S., Demby, H., Gregory, A., & Davis, E. (2016). Impact of an Intervention Designed to Reduce Sexual Health Risk Behaviors of African American Adolescents: Results of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 106(S1), S78-S84. <http://doi:10.2105/ajph.2016.303291>

- Jiménez, J. (2021). *¿Te va lento Internet? Principales causas y cómo solucionarlo*.
<https://www.redeszone.net/tutoriales/redes-cable/causas-internet-lento-consejos/>
- Joseph, M. (2016). Sexuality Education for Prevention of Pregnancy and HIV Infections: How do Tanzanian Primary Teachers Deliver it? *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 26(3), 66-87.
- Kasen, S., Vaugahan, R. D., & Walter. (1992). Self- efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quaterly*, 19, 187-202.
- Kelsey, M., Layzer, C., Layzer, J., Price, C., Juras, R., Blocklin, M., & Mendez, J. (2016). Replicating *¡Cuídate!*: 6-Month Impact Findings of a Randomized Controlled Trial. *American journal of public health*, 106(S1), S70-S77.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303371>
- Lebrero, C., Almagro, B., & Sáenz-López, P. (2019). Estilos de enseñanza participativos en las clases de Educación Física y su influencia sobre diferentes aspectos psicológicos. *Dialnet*, 12(25), 30-39.
- Leent, L. (2017). Supporting school teachers: primary teachers' conceptions of their responses to diverse sexualities. *Sex Education*, 17(4), 440-453.
<http://doi.10.1080/14681811.2017.1303369>
- Lim, J. S., & Noh, G.-Y. (2017). Effects of gain-versus loss-framed performance feedback on the use of fitness apps: Mediating role of exercise self-efficacy and outcome expectations of exercise. *Computers in Human Behavior*, 77, 249-257.
<http://doi:10.1016/j.chb.2017.09.006>
- Lipson, S. K., & Eisenberg, D. (2017). Mental health and academic attitudes and expectations in university populations: results from the healthy minds study. *Journal of Mental Health*, 27(3), 205–213. <http://doi:10.1080/09638237.2017.1417567>

- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- López-Rosales, F. (2018). Género, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. In: Meeting of the Latin American Studies Association, 6-8 Sep. 2001, Washington DC.
- Madrid, D. (2005). La edad del profesorado en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la lengua extranjera en J. L. Martínez Dueñas, C. Pérez Basanta, N. McLaren y L. Quereda (Eds), *Studies in Honour of Fernando Serrano. Towards an understanding of the English Language: Past, Present and Future* (pp. 519-530). Universidad de Granada.
- Martin, J., Riazi, H., Firoozi, A. y Nasiri, M. (2020). A sex education program for teachers of preschool children: a quasi-experimental study in Iran. *BMC public health*, 20(1), 692. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08826-y>
- Mason-Jones, A., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A. & Lombard, C. (2016). Metaanálisis, School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Mathews, C., Aarø, L. E., Grimsrud, A., Flisher, A. J., Kaaya, S., Onya, H., ... Klepp, K.-I. (2012). Effects of the SATZ teacher-led school HIV prevention programmes on adolescent sexual behaviour: cluster randomised controlled trials in three sub-Saharan African sites. *International Health*, 4(2), 111–122. <http://doi: 10.1016/j.inhe.2012.02.001>
- McKleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummings, B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, B., Gelaude, D., Carey, J. W. & the ADAPT Team. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention*, 18, 59-73.

- Milburn, N. G., Iribarren, F. J., Rice, E., Lightfoot, M., Solorio, R., Rotheram-Borus, M. J., Desmond, K., Lee, A., Alexander, K., Maresca, K., Eastmen, K., Arnold, E. M., & Duan, N. (2012). A family intervention to reduce sexual risk behavior, substance use, and delinquency among newly homeless youth. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *50*(4), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.009>
- Milhausen, R. R., Sales, J. M., Wingood, G. M., Diclemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2007). Validation of a Partner Sexual Communication Scale for Use in HIV/AIDS Prevention Interventions. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, *8*(1), 11-33.
- Minnis, A. M., vanDommelen-Gonzalez, E., Luecke, E., Dow, W., Bautista-Arredondo, S., & Padian, N. S. (2014). Yo Puedo--a conditional cash transfer and life skills intervention to promote adolescent sexual health: results of a randomized feasibility study in San Francisco. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *55*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.007>
- Mirzazadeh, A., Biggs, M. A., Viitanen, A., Horvath, H., Wang, L. Y., Dunville, R., ... Marseille, E. (2017). Do School-Based Programs Prevent HIV and Other Sexually Transmitted Infections in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. *Prevention Science*, *19*(4), 490–506. <http://doi:10.1007/s11121-017-0830-0>
- Mitchell, E., Heumann, S., Araujo, A., Adesse, L. & Halpern, C. (2014). Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry. *BMC Women's Health*, *14*(27).
- Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2017). Mediation of an efficacious HIV risk reduction intervention for adolescents: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 135910531770725.

- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*(2) 179-192.
- Nagamatsu, M., Sato, T., Nakagawa, A., & Saito, H. (2011). HIV prevention through extended education encompassing students, parents, and teachers in Japan. *Environmental health and preventive medicine, 16*(6), 350-362.
<https://doi.org/10.1007/s12199-010-0205-7>
- Noar, S., Carlyle, K., & Cole, C. (2006). Why Communication Is Crucial: Meta-Analysis of the Relationship Between Safer Sexual Communication and Condom Use. *Journal of Health Communication, 11*(4), 365-390. <http://10.1080/10810730600671862>
- Norton, W., Fisher, J., Amico, K., Dovidio, J., & Johnson, B. (2012). Relative Efficacy of a Pregnancy, Sexually Transmitted Infection, or Human Immunodeficiency Virus Prevention-Focused Intervention on Changing Sexual Risk Behavior Among Young Adults. *Journal of American College Health, 60*(8), 574-582.
<http://doi:10.1080/07448481.2012.721428>
- ONUSIDA. (2018a). *Hoja informativa-Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- ONUSIDA. (2018b). *Actualidad*. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191014_latin-america
- Organismo de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Ginebra: OMS; 2016*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2017). *Edad de las madres al momento del parto y fecundidad específica por edad*.
https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf
- Oringanje, C., Meremikwu, MM., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., Ehiri, JE. (2016). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)*. Cochrane
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Pássaro, A. de C., Regra, M. C., Serrão, C., & Marques, A. P. (2019). Cultural adaptation and reliability of the questionnaire of sex education in schools. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2601–2608. <http://doi:10.1590/1413-81232018247.14892017>
- Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M., & Serrano-García, I. (2009). Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales. *Revista interamericana de psicología*, 43(2), 414-424.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (2006). *Motivación en contextos educativos: teoría, investigación y aplicaciones*. Pearson.
- Reyes Torres, A., Barrera Cabrera, I., Castillo Rocubert, N., & Llivina Lavigne, M. (2019). La educación integral de la sexualidad con enfoque profesional en la formación de docentes. *Mendive. Revista de Educación*, 17(2), 276-292.
<https://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/1562>
- Ritchwood, T. D., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T., & Corbie-Smith, G. (2016). Condom Use Self-Efficacy Among Younger Rural Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 37(2), 267-283. <http://doi:10.1177/0272431615599065>
- Rizo-Baeza, M., Velandia Mora, M., Noreña, A. L., & Cortés-Castell, E. (2018). Epidemiology as a basis for curricular design of nursing in sexual and

- reproductive health of adolescents and young people. *Ciencia E Innovación En Salud*. <https://doi.org/10.17081/innosa.58>
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso de condón. En R. Sánchez-Argón, R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (Eds.), *La Psicología Social en México*, XI, Tomo 2, (pp.882-889). México: AMEPSO, UJAT, UNAM.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rocha-Rdz, R., Cabrera, M., Acosta-Álvarez, M., & Hernández-Nava, N. (2017). Self-Efficacy in Sexual Health: A Focus on Adolescents in Mexico. *Health*, 9, 1459-1466. <http://doi: 10.4236/health.2017.910106>.
- Rodríguez-Meirinhos, A. y Ciria-Barreiro, E. (2018). Revisión de intervenciones para mejorar las habilidades pragmáticas en niños y niñas con problemas de conducta y atención. Review of interventions to improve pragmatic language skills in children with behaviour and attention problems. *Revista Española de Pedagogía*, 76(270), 295-312. <https://doi.org/10.22550/REP76-2-2018-05>
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. Free Press.
- Rondal, J. A. (2014). *Comprender el lenguaje y optimizar su desarrollo*. Cegal.
- Rosales-Mendoza, A., & Salinas-Quiroz, F. (2017). Sex Education and Gender in Mexican Elementary Schools: What Do Textbooks and Teachers Have to Say?. *Revista Electrónica Educare*, 21(2), 1-21. <https://doi.org/10.15359/ree.21-2.11>
- Ross, M. W. (1992). Attitudes toward Condoms and Condom Use: A Review. *International Journal of STD & AIDS*, 3(1), 10-16. <https://doi.org/ 10.1177/095646249200300103>

- Sánchez, M., Pirela, L. & Arraga, M. (2018). Efectos de un programa de felicidad sobre el rendimiento académico de estudiantes universitarios. *REDHECS*, 25(13).
<http://ojs.urbe.edu/index.php/redhecs/article/view/2602>
- Schutte, L., Mevissen, F., Meijer, S., Paulussen, T., van Empelen, P. y Kok, G. (2018). Evaluación del efecto de una intervención de coaching basada en la web para apoyar la implementación de la educación sexual entre profesores de secundaria: ensayo controlado aleatorio. *Revista de investigación médica en Internet*, 20(6), e96. <https://doi.org/10.2196/jmir.7053>
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México*. (Última reforma publicada DOF 01 06-2016). http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud. (2017). *Monitoreo Integral de Indicadores de Prevención y Promoción de la Salud*. <https://bit.ly/3AkqYuX>
- Secretaría de Educación Pública. (2018). *Agenda sectorial para la educación integral en sexualidad con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes en el marco de la ENAPEA*. Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Política Educativas, Dirección General Adjunta de Igualdad de Género.
- Serowoky, M. L., George, N., & Yarandi, H. (2015). Using the Program Logic Model to Evaluate *¡Cuidate!*: A Sexual Health Program for Latino Adolescents in a School-Based Health Center. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(5), 297-305. <http://doi:10.1111/wvn.12110>
- Serrão, CSLS. (2009). *Práticas de educação sexual em contexto escolar*. Porto: Universidade do Porto.
- Sharma, B. B., Small, E., Mengo, C., & Ude, P. (2017). Women's Autonomy and Attitudes toward Condom Use: A Multicountry Analysis. *Social Work in Public Health*, 32(4), 238-253. <http://doi:10.1080/19371918.2016.1275073>

- Sidani, S., & Braden, C. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Intervention*. Wiley-Blackwell.
- Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300. <http://doi:10.1016/j.rmclc.2018.05.001>
- Sousa, C. S., Castro, R. C., Pinheiro, A. K., Moura, E. R., Almeida, P. C., & Aquino, P. de S. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <http://doi:10.1590/1518-8345.1062.2991>
- Spears, H., Jemmott III, B., & Heeren, A. (2017). Predictors of sexual abstinence: A prospective study of college women in the United States. *Cogent Psychology*, 4(1). <http://doi:10.1080/23311908.2017.1304605>
- Stone, N., Graham, C., Anstee, S., Brown, K., Newby, K., & Ingham, R. (2018). Enhancing condom use experiences among young men to improve correct and consistent condom use: feasibility of a home-based intervention strategy (HIS-UK). *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1). <http://doi:10.1186/s40814-018-0257-9>
- Thammaraksa, P., Powwattana, A., Lagampan, S., & Thaingtham, W. (2014). Helping Teachers Conduct Sex Education in Secondary Schools in Thailand: Overcoming Culturally Sensitive Barriers to Sex Education. *Asian Nursing Research*, 8(2), 99–104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.04.001>
- Tingey, L., Chambers, R., Goklish, N., Larzelere Hinton, F., Lee, A., Suttle, R., Barlow, M. A. et al. (2017). Rigorous evaluation of a pregnancy prevention program for American Indian youth and adolescents: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1842-6>
- Tingey, L., Mullany, B., Chambers, R., Hastings, R., Lee, A., Parker, A., Barlow, A., & Rompalo, A. (2015). Respecting the circle of life: One-year outcomes from a

- randomized controlled comparison of an HIV risk reduction intervention for American Indian adolescents. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 27(9). [http://doi: 10.1080/09540121.2015.1028879](http://doi:10.1080/09540121.2015.1028879).
- Tschannen-Moran, M., & Johnson, D. (2011). Exploring literacy teachers' self-efficacy beliefs: Potential sources at play. *Teaching and Teacher Education*, 27(4), 751-761. <http://doi:10.1016/j.tate.2010.12.005>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2019). *VIH y Educación Sexual*. <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud/vih-educacion-sexual>
- UNICEF. (2020). *¿Qué es la adolescencia?*. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Vygotsky, L. (1962). *Thought and language*. (E. Hanfmann & G. Vakar, Eds.). MIT Press. <https://doi.org/10.1037/11193-000>
- Villalobos, A., Castro, F., Rojas, R., & Allen, B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*. 59(5); 566-576. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/8481>.
- Villarruel, A. M., Cherry, C. L., Cabriales, E. G., Ronis, D. L., & Zhou, Y. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 20(5), 371-383. <https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.5.371>

- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1187.
- Villegas-Castaño, A., & Tamayo-Acevedo, L. (2015). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia. *IATREIA*, 29(1), 5-17.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *The Academy of Management Review*, 14(3), 361-384.
<https://doi.org/10.2307/258173>
- Xiong, Z., Warwick, I. & Chalies, S. (2020). Understanding novice teachers' perspectives on China's sexuality education: a study based on the national pre-service teacher education programme, *Sex Education*, 20(3), 252-266.
<http://doi.10.1080/14681811.2019.1640113>

Apéndices

Apéndice A

Soy capaz Manual del Docente para Educación Sexual del Adolescente

Sesión	Contenido	
1	<p>Sesión 1. Introducción y conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar al equipo y grupo de docentes. • Mostrar el contenido del programa. • Reforzar el conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad 1. Introducción	20
	Actividad 2. Conocimiento sobre el embarazo adolescente, las ITS y el VIH	40
	Tiempo total del módulo	60
2	<p>Sesión 2. Barreras y conductas positivas hacia la educación sexual</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las barreras que limitan la educación sexual • Mejorar el lenguaje corporal para transmitir temas sexuales con seguridad. • Fomentar las conductas positivas hacia la educación sexual. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad 1. Barreras en la comunicación	20
	Actividad 2. Lenguaje corporal para transmitir confianza y seguridad	10
	Actividad 2. Soy capaz	30
	Tiempo total del módulo	60

Sesión	Contenido	
3	Sesión 3. Autoeficacia para impartir temas sexuales	
	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la propia seguridad para impartir temas sexuales 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad 1. ¿Qué es la autoeficacia y por qué es tan importante?	15
	Actividad 2. Tengo confianza	45
Tiempo total del módulo	60	
4	Sesión 4. Habilidades en educación sexual	
	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las habilidades para colocar el condón masculino • Incrementar las implicaciones conductuales y proactivas de los docentes en relación con la educación sexual • Conocer las manifestaciones del adolescente en caso de abuso sexual y el protocolo a seguir para su reporte. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad 1. Cosas que debo saber sobre el preservativo	15
	Actividad 2. Así se hace	15
	Actividad 3. Estrategias para mejorar la educación sexual	15
	Actividad 4. Protocolo de actuación ante detección de casos de abuso sexual	15
Tiempo total del módulo	60	

Apéndice B

Manual de *¡Cuidate!* para la Capacitación del Facilitador del Proyecto

Sesión	Contenido																
1	<p style="text-align: center;">Sesión 1. Introducción y resumen</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la comodidad entre los docentes respecto al programa • Proveer a los docentes una visión general del programa • Aumentar el conocimiento sobre la transmisión y prevención de las ITS y el VIH • Identificar valores culturales • Reconocer como los valores culturales pueden ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades para protegerse a ellos mismos y a sus familias de los embarazos no deseados, ITS y VIH/sida 																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Contenido del módulo</th> <th style="text-align: right;">Tiempo/minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actividad A. Conocimiento</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Actividad B. Creando normas grupales</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Actividad C. Valores culturales</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Actividad D. Discutiendo sobre las ITS y el VIH</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Actividad E. Lo que piensan acerca del VIH/sida y el sexo más seguro</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Actividad F. Mesa redonda</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Tiempo total del módulo</td> <td style="text-align: right;">60</td> </tr> </tbody> </table>	Contenido del módulo	Tiempo/minutos	Actividad A. Conocimiento	10	Actividad B. Creando normas grupales	10	Actividad C. Valores culturales	10	Actividad D. Discutiendo sobre las ITS y el VIH	10	Actividad E. Lo que piensan acerca del VIH/sida y el sexo más seguro	10	Actividad F. Mesa redonda	10	Tiempo total del módulo	60
Contenido del módulo	Tiempo/minutos																
Actividad A. Conocimiento	10																
Actividad B. Creando normas grupales	10																
Actividad C. Valores culturales	10																
Actividad D. Discutiendo sobre las ITS y el VIH	10																
Actividad E. Lo que piensan acerca del VIH/sida y el sexo más seguro	10																
Actividad F. Mesa redonda	10																
Tiempo total del módulo	60																
2	<p style="text-align: center;">Sesión 2. Aumento de conocimiento sobre el VIH</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento del docente sobre la infección del VIH; la transmisión, causas y prevención. • Aprender como transmitir la información sobre el VIH/sida 																

Sesión	Contenido	
2	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. El sida y tu	30
	Actividad B. Actividad sobre mitos y realidades	30
	Tiempo total del módulo	60
3	Sesión 3. Comprensión de la vulnerabilidad a la infección del VIH Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los docentes a aumentar la percepción de vulnerabilidad de los estudiantes sobre la infección del VIH. • Aumentar el conocimientos sobre cuales conductas ponen en varios niveles de riesgo a los estudiantes para contraer el VIH y otras ITS. • Aumentar el entendimiento de los docentes para transmitir la responsabilidad de un comportamiento sexual seguro. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Aceptar el riesgo del sida	10
	Actividad B. Actitudes culturales y el VIH	15
	Actividad C. Un romance	25
	Actividad D. Mesa redonda	10
	Tiempo total del módulo	60
4	Sesión 4. Actitudes y creencias sobre VIH y el sida y el sexo más seguro Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los docentes a aumentar la percepción de vulnerabilidad al VIH entre los estudiantes. • Examinar las actitudes y creencias culturales sobre el VIH, sida, y el sexo seguro. • Enseñar a los docentes a que sus estudiantes confronten los estereotipos sobre quienes se infectan de VIH y cómo protegerse. • Hacer que los docentes refuercen el conocimiento sobre el VIH y el sida. 	

Sesión	Contenido	
4	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Mesa redonda	10
	Actividad B. ¿Quién es más macho? ¿Quién es más mujer?	15
	Actividad C. Vulnerabilidad de los adolescentes al VIH	15
	Actividad D. La zona peligrosa	20
	Tiempo total del módulo	60
5	<p>Sesión 5. Aprendizaje sobre el uso correcto de los condones</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento de los docentes a cerca de las barreras que existen sobre el uso del condón. • Demostrar a los docentes como aumentar las estrategias para reducir estas barreras. • Aumentar las habilidades y conocimientos de los participantes de cómo usar correctamente el condón y cómo hacer que su uso sea divertido y agradable. • Aumentar las conductas de cuidado sabiendo como se usa el condón. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Discusión sobre condones	5
	Actividad B. Destrezas de cómo usar condones	20
	Actividad C. Superar las barreras en contra del uso del condón	20
	Actividad D. Obstáculos para una conducta comprensiva y afectuosa	5
	Actividad E. Pasos a seguir para el uso de condones	10
	Tiempo total del módulo	60

Sesión	Contenido	
6	<p data-bbox="529 233 1338 264">Sesión 6. Desarrollo de estrategias de negociación y rechazo</p> <p data-bbox="529 306 662 338">Objetivos</p> <ul data-bbox="483 348 1393 674" style="list-style-type: none"> • Demostrar como aumentar la comunicación entre los estudiantes y sus habilidades de negociar • Enseñar a los docentes a mejorar la capacidad de sus estudiantes de cuidarse a sí mismos de situaciones sexuales de riesgo. • Aumentar la competencia de enseñanza al demostrar habilidades de negociación y rechazo. • Repasar y fortalecer conocimientos de los datos sobre los embarazos no deseados, las ITS, como el VIH, y habilidades que aprendieron durante las sesiones anteriores de este programa. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. No hay razón	15
	Actividad B. Cómo decir que “No” (Técnica DIRAS)	15
	Actividad C. DIRAS, juego de roles	15
	Actividad D. Sexo seguro y el juego Jeopardy del sida	10
	Actividad E. Mesa redonda	5
	Tiempo total del módulo	60

Apéndice C

Manual de *¡Cuídate!* para el Currículo del Facilitador

Sesión	Contenido	
1	<p>Sesión 1. Introducción y resumen</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la comodidad entre los participantes respecto al programa • Proveer a los participantes una visión general del programa • Aumentar el conocimiento de los participantes sobre la transmisión y prevención de las ITS y el VIH • Identificar valores culturales • Reconocer como los valores culturales pueden ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades para protegerse a ellos mismos y a sus familias de los embarazos no deseados, ITS y VIH/sida 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Conocimiento	10
	Actividad B. Creando normas grupales	10
	Actividad C. Valores culturales	10
	Actividad D. Discutiendo sobre las ITS y el VIH	10
	Actividad E. Lo que piensan acerca del VIH/sida y el sexo más seguro	10
	Actividad F. Mesa redonda	10
	Tiempo total del módulo	60
2	<p>Sesión 2. Aumento de conocimiento sobre el VIH</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento de los participantes sobre la infección del VIH; la transmisión, causas y prevención. 	

Sesión	Contenido	
2	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. El sida y tu	30
	Actividad B. Actividad sobre mitos y realidades	30
	Tiempo total del módulo	60
3	Sesión 3. Comprensión de la vulnerabilidad a la infección del VIH Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de vulnerabilidad del participante sobre la infección del VIH. • Aumentar el conocimiento del participante sobre cuales conductas los ponen en varios niveles de riesgo para contraer el VIH y otras ETS. • Aumentar el entendimiento de los participantes de su responsabilidad sobre el comportamiento sexual seguro. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Aceptar el riesgo del sida	10
	Actividad B. Actitudes culturales y el VIH	15
	Actividad C. Un romance	25
	Actividad D. Mesa redonda	10
	Tiempo total del módulo	60
4	Sesión 4. Actitudes y creencias sobre VIH y el sida y el sexo más seguro Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de vulnerabilidad al VIH entre los participantes. • Examinar las actitudes y creencias culturales sobre el VIH, sida, y el sexo seguro. • Confrontar los estereotipos sobre quienes se infectan de VIH y aprender cómo protegerse. • Reforzar el conocimiento respecto al VIH y sida. 	

Sesión	Contenido	
4	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Mesa redonda	10
	Actividad B. ¿Quién es más macho? ¿Quién es más mujer?	15
	Actividad C. Vulnerabilidad de los adolescentes al VIH	15
	Actividad D. La zona peligrosa	20
	Tiempo total del módulo	60
5	<p>Sesión 5. Aprendizaje sobre el uso correcto de los condones</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento de los participantes a cerca de las barreras que existen sobre el uso del condón. • Aumentar las estrategias para reducir estas barreras. • Aumentar las habilidades y conocimientos de los participantes de cómo usar correctamente el condón y cómo hacer que su uso sea divertido y agradable. • Aumentar las conductas de cuidado sabiendo como se usa el condón. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. Discusión sobre condones	5
	Actividad B. Destrezas de cómo usar condones	20
	Actividad C. Superar las barreras en contra del uso del condón	20
	Actividad D. Obstáculos para una conducta comprensiva y afectuosa	5
	Actividad E. Pasos a seguir para el uso de condones	10
	Tiempo total del módulo	60

Sesión	Contenido	
6	<p data-bbox="526 226 1338 262">Sesión 6. Desarrollo de estrategias de negociación y rechazo</p> <p data-bbox="526 302 662 338">Objetivos</p> <ul data-bbox="480 344 1425 674" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 344 1425 411">• Aumentar la comunicación entre los participantes y sus habilidades de negociar <li data-bbox="480 417 1425 485">• Mejorar su capacidad de cuidarse a sí mismos al resistir situaciones que los ponen en peligro de contraer ETS, incluyendo el VIH. <li data-bbox="480 491 1425 558">• Aumentar competencia al demostrar habilidades de negociación y rechazo. <li data-bbox="480 564 1425 674">• Repasar y fortalecer conocimientos de los datos sobre los embarazos no deseados, las ETS, como el VIH, y habilidades que aprendieron durante las sesiones anteriores de este programa. 	
	Contenido del módulo	Tiempo/minutos
	Actividad A. No hay razón	15
	Actividad B. Cómo decir que “No” (Técnica DIRAS)	15
	Actividad C. DIRAS, juego de roles	15
	Actividad D. Sexo seguro y el juego Jeopardy del sida	10
	Actividad E. Mesa redonda	5
	Tiempo total del módulo	60

Apéndice D
Cédula de Datos Sociodemográficos del Adolescente

Fecha: _____

Folio: _____

Edad: _____

Sexo:

F

M

¿Has tenido relaciones sexuales coitales
(pene-vagina)?

Sí

No

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual
vaginal, oral o anal?

¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

¿Estas casado o vives con tu pareja?

Sí

No

Apéndice E

Cédula Virtual de Datos Sociodemográficos del Adolescente

¡Cuídate!

Estimado alumno, las siguientes preguntas son para indagar tu conocimiento y habilidades sobre temas de sexualidad. Puedes contestar honestamente ya que toda la información que proporcionas es completamente anónima, es decir que en ningún momento se te pedirá tu nombre o algún dato que te identifique. MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN.

*Obligatorio

Fecha *

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Folio (debe estar compuesto por: la primera letra de su mes de nacimiento, seguido por los últimos dos números de su año de nacimiento y el último número de su celular).

Tu respuesta _____

Edad *

Tu respuesta _____

Sexo

Mujer

Hombre

Has tenido relaciones sexuales coitales (pene-vagina) *

Si

No

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual vaginal, oral o anal? *

Tu respuesta _____

¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

Tu respuesta

¿Estás casado o vives con tu pareja? *

Si

No

[Siguiente](#)

Apéndice F
Cédula de Datos Sociodemográficos del Docente

Fecha: _____

Folio: _____

Edad: _____

Sexo:

F

M

Religión: _____

Estado
civil: _____

Años laborando como docente: _____

¿Ha recibido algún curso de educación sexual en el
último año?

Sí

No

Apéndice G

Cédula Virtual de Datos Sociodemográficos del Docente

Datos personales

Estimado docente, la presente encuesta es para indagar sobre su seguridad y habilidades para impartir educación sexual, toda la información que proporcione es completamente anónima, en ningún momento se le pedirá su nombre o algún dato que lo identifique. GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

*Obligatorio

Fecha *

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Folio (debe estar compuesto por: la primera letra de su mes de nacimiento, seguido por los últimos dos números de su año de nacimiento y el último número de su celular). *

Tu respuesta _____

Edad *

Tu respuesta _____

Sexo *

- Mujer
- Hombre

Religión *

- Católica
- Cristiana
- Testigo de Jehová
- Adventista
- Mormonismo
- Otra
- Ninguna

Estado civil

- Soltero
- Casado
- Unión libre
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Años laborando como docente

Tu respuesta _____

¿Ha recibido algún curso de educación sexual en el último año?

- Si
- No

Apéndice H

Escala de Actitud Hacia el Uso del Condón

(Robles et al. 2011)

Instrucciones: Coloca un círculo en el número que se acerque más a opinión.

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
Muy indeseable	1	2	3	4	5	6	7	Muy deseable
Muy malo	1	2	3	4	5	6	7	Muy bueno
Muy difícil	1	2	3	4	5	6	7	Muy fácil
Innecesario	1	2	3	4	5	6	7	Necesario
Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo

Apéndice I

Escala Virtual de Actitud Hacia el Uso del Condón

Actitud hacia el Uso del Condón

Elige la opción con la que te identifiques.

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Muy desagradable
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7. Muy agradable

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Muy indeseable
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7. Muy deseable

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Muy malo
- 2
- 3
- 4
- 5

-
- 6
 - 7. Muy bueno

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Muy difícil
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7. Muy fácil

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Innecesario
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7. Necesario

Aun cuando nunca hayas tenido una relación sexual dirías que usar condón cada vez que tienes sexo vaginal podría ser...

- 1. Incómodo
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7. Cómodo

Apéndice J

Escala de Comunicación entre Parejas

(Milhausen et al. 2007)

Durante los últimos seis meses, ¿cuántas veces has platicado con tu pareja sexual sobre...

	0 Nunca	1 A veces (1-3 veces)	2 Frecuentemente (4-6 veces)	3 Mucho (7 o más veces)
1. ...cómo prevenir el embarazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ...cómo usar los condones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ...cómo prevenir el virus del sida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ...cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ...el historial sexual de tu pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice K

Escala Virtual de Comunicación entre Parejas

Comunicación entre parejas

Durante los últimos SEIS MESES, ¿cuántas veces has platicado con tu pareja sexual sobre... (si no tienes pareja puedes contestar imaginando como te gustaría que fuera la comunicación entre ustedes)

1. Cómo prevenir el embarazo

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Mucho

2. Cómo usar los condones

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Mucho

3. Cómo prevenir el virus del SIDA

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Mucho

4. Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Mucho

5. El historial sexual de tu pareja

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Mucho

Apéndice L

Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS

(Jemmott et al. 1992)

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

ITS = Infecciones de Transmisión Sexual o enfermedades venéreas.

V	¿	F	1. Una mujer NO puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.
V	¿	F	2. Si una mujer se lava la vagina después de tener relaciones sexuales, NO quedará embarazada.
V	¿	F	3. Si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), ella puede quedar embarazada.
V	¿	F	4. Una mujer que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, NO aumenta su posibilidad de quedar embarazada.
V	¿	F	5. Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene.
V	¿	F	6. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina.
V	¿	F	7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.
V	¿	F	8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón.
V	¿	F	9. No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien.
V	¿	F	10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.
V	¿	F	11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.

V	¿	F	12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.
V	¿	F	13. Si tienes sida, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades.
V	¿	F	14. Una persona puede tener el virus del sida y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo.
V	¿	F	15. Una forma en que muchas mujeres contraen sida es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.
V	¿	F	16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer sida.
V	¿	F	17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer sida o ITS.
V	¿	F	18. Hay una buena posibilidad de contagiarse con sida si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene sida.
V	¿	F	19. El virus de sida está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal.
V	¿	F	20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.
V	¿	F	21. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón.
V	¿	F	22. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo.
V	¿	F	23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede disminuir su efectividad.

Apéndice M

Cuestionario Virtual de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS

Conocimiento sobre el embarazo, SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

1. Una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

2. Si una mujer se hace una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, NO quedará embarazada. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

2. Si una mujer se hace una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, NO quedará embarazada. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

3. Aún si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), la mujer puede quedar embarazada. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

4. Una mujer que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, no aumenta su posibilidad de quedar embarazada. *

Verdadero

Falso

No sé

5. Una seña común de Infección de transmisión sexual en el hombre es tener secreción por el pene. *

Verdadero

Falso

No sé

6. Una señal común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina. *

Verdadero

Falso

No sé

7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina. *

Verdadero

Falso

No sé

8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón. *

Verdadero

Falso

No sé

9. No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien. *

Verdadero

Falso

No sé

10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio. *

- Verdadero
- Falso
- No sé
-

11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé. *

- Verdadero
- Falso
- No sé
-

12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

13. Si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades. *

- Verdadero
- Falso
- No sé
-

14. Una persona puede tener el virus del SIDA y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo. *

- Verdadero
- Falso
- No sé
-

15. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas. *

Verdadero

Falso

No sé

16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer SIDA. *

Verdadero

Falso

No sé

17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS. *

Verdadero

Falso

No sé

18. Hay una buena posibilidad de contagiarse con SIDA si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene SIDA. *

Verdadero

Falso

No sé

19. El virus de SIDA está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal. *

Verdadero

Falso

No sé

20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón. *

Verdadero

Falso

No sé

21. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

22. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo. *

- Verdadero
- Falso
- No sé

23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede destruir su efectividad en el pene. *

- Verdadero
 - Falso
 - No sé
-

Apéndice N

Escala de Provisión Social para Sexo Seguro

(Darbes & Lewis, 2005)

Instrucciones: A continuación se te preguntará sobre algunos aspectos relacionados con el “Sexo Seguro”. Considera todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas, trata de contestar lo que tú piensas. Por favor selecciona una opción, es necesario que respondas todas las preguntas.

Apoyo de la familia	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda					
2. Mi familia no apoya el sexo seguro.					
3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro.					
4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.					
5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.					
6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para protegerme del VIH.					
7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.					

Apoyo de la familia	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. La relación con mi familia me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.					
9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito.					
10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.					
11. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.					
13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
14. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.					
15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.					
16. No me siento cómodo/a hablando con mi familia sobre el sexo seguro.					
17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.					
18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.					

Apoyo de la familia	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.					

Apéndice Ñ

Escala Virtual de Provisión Social para Sexo Seguro

Provisión social para el sexo seguro

A continuación se te preguntará sobre algunos aspectos relacionados con el "Sexo Seguro". Considera todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas, trata de contestar lo que tú piensas. Por favor selecciona una opción, es necesario que respondas todas las preguntas.

1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

2. Mi familia no apoya el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para protegerme del VIH.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

8. La relación con mi familia me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

11. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

14. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

16. No me siento cómodo/a hablando con mi familia sobre el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.

- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
-

19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Apéndice O
Escala de Uso del Condón
(Milhausen et al., 2007)

En la primer pregunta rellena el circulo según tu respuesta. En las preguntas 2 y 3 escribe la cantidad.

	0 No	1 Sí
1. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste sexo vaginal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Cuántas veces has tenido sexo vaginal durante los últimos 30 días?	_____	
3. ¿Cuántas de esas veces utilizaste el condón?	_____	

Apéndice P

Escala Virtual de Uso del Condón

Uso del condón

Si aun No has tenido relaciones sexuales, No contestes estas 3 preguntas.

1. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste sexo vaginal?

No

Sí

2. ¿Cuántas veces has tenido sexo vaginal durante los últimos 30 días?

Tu respuesta _____

3. ¿Cuántas de esas veces utilizaste el condón?

Tu respuesta _____

Apéndice Q

Escala de Autoeficacia para la Prevención del sida

(López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001)

A continuación, marca una X según el grado de seguridad que creas tener.

A) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
11. Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
B) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?					
2. Discutir sobre la prevención del sida con tu novio/a?					

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2. Usar correctamente el condón?					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga?					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8. Acudir a la tienda a comprar condones?					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales?					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales?					

Apéndice R

Escala Virtual de Autoeficacia para la Prevención del sida

Autoeficacia para la prevención del SIDA

A) ¿QUÉ TAN SEGURO ESTAS DE SER CAPAZ DE DECIR NO, CUANDO TE PROPONEN TENER RELACIONES SEXUALES...

1...Alguien conocido hace 30 días o menos?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

2...Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

3...Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

4...Alguien a quien has tratado con anterioridad?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

5...Alguien a quien deseas tratar de nuevo?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

6...Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

7...Alguien a quien necesitas que se enamore de tí?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro

- 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

8...Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

9...Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

10...Alguien con quien has estado utilizando drogas?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

11...Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

B) ¿QUÉ TAN SEGURO ESTAS DE SER CAPAZ DE...

1...Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

2...Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

3...Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

4...Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

C) ¿QUÉ TAN SEGURO ESTAS DE SER CAPAZ DE...

1...Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

2...Usar correctamente el condón?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

3...Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

4...Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

5...Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

6...Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

7...Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

8...Acudir a la tienda a comprar condones?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

9...No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro

- 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

10...Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

11...Platicar con tu papá sobre temas sexuales?

- 1. Nada seguro
 - 2. Algo seguro
 - 3. Medio seguro
 - 4. Muy seguro
 - 5. Totalmente seguro
-

12...Platicar con tu mamá sobre temas sexuales?

- 1. Nada seguro
- 2. Algo seguro
- 3. Medio seguro
- 4. Muy seguro
- 5. Totalmente seguro

Apéndice S

Escala de Autoeficacia en Educación Sexual

(Pássaro et al. 2019)

En la columna derecha marque la medida en que se sienta capaz de realizar las siguientes actividades. Las respuestas pueden pasar de 1 (nada capaz) a 6 (muy capaz).

Reactivos	Nada capaz					Muy capaz
	1	2	3	4	5	6
1. Abordar temas de educación sexual con mis estudiantes						
2. Hablar abiertamente sin tabúes sobre sexualidad con mis estudiantes						
3. De manejar comportamientos inadecuados cuando se hable de temas sexuales						
4. Crear un clima favorable y propicio para que los estudiantes se sientan cómodos hablando de sexualidad						
5. Enseñar a mis alumnos los riesgos asociados con la sexualidad, especialmente de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo temprano						
6. Hablar de métodos anticonceptivos con mis estudiantes						
7. Hablar de valores y actitudes relacionadas con la sexualidad con mis estudiantes						
8. No emitir juicios sobre las opciones y comportamientos de mis alumnos derivados de su sexualidad						
9. Escuchar las ansiedades, temores e inseguridades de mis alumnos en el tema la sexualidad						
10. Explicar a mis alumnos cómo poner un condón						

Reactivos	Nada capaz					Muy capaz
	1	2	3	4	5	6
11. Presentar una visión general de un tema específico, presentando diversas opiniones, por ejemplo sobre el aborto						
12. Ayudar a mis alumnos a construir una sexualidad más gratificante, consciente y responsable						
13. Tratar temas difíciles o sensibles relacionados con la sexualidad						
14. Estar lo suficientemente cómodo para tratar temas de educación sexual						
15. Hablar de comportamiento sexual/íntimo						
16. Guiar sobre educación sexual, incluso cuando los estudiantes no se sienten cómodos hablando del tema						
17. Guiar sobre educación sexual porque tengo la confianza de mis estudiantes						
18. Orientar sobre educación sexual, porque me considero una persona preparada en esta materia						
19. Establecer relaciones de confianza con mis alumnos a fin de promover el debate sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad						

Apéndice T

Escala Virtual de Autoeficacia en Educación Sexual

Autoeficacia en Educación Sexual

Marque la medida en que se sienta capaz de realizar las siguientes actividades. Las respuestas pueden pasar de 1 (nada capaz) a 6 (muy capaz).

1. Abordar temas de educación sexual con mis estudiantes *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

2. Hablar abiertamente sin tabúes sobre sexualidad con mis estudiantes *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

3. De manejar comportamientos inadecuados cuando se hable de temas sexuales *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3

- 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

4. Crear un clima favorable y propicio para que los estudiantes se sientan cómodos hablando de sexualidad *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

5. Enseñar a mis alumnos los riesgos asociados con la sexualidad, especialmente de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo temprano *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

6. Hablar de métodos anticonceptivos con mis estudiantes *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

7. Hablar de valores y actitudes relacionadas con la sexualidad con mis estudiantes *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

8. No emitir juicios sobre las opciones y comportamientos de mis alumnos derivados de su sexualidad *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

9. Escuchar las ansiedades, temores e inseguridades de mis alumnos en el tema la sexualidad *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

10. Explicar a mis alumnos cómo poner un condón *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

11. Presentar una visión general de un tema específico, presentando diversas opiniones, por ejemplo sobre el aborto *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

12. Ayudar a mis alumnos a construir una sexualidad más gratificante, consciente y responsable *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

13. Tratar temas difíciles o sensibles relacionados con la sexualidad *

- 1. Nada capaz

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

14. Estar lo suficientemente cómodo para tratar temas de educación sexual *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

15. Hablar de comportamiento sexual/intimo *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

16. Guiar sobre educación sexual, incluso cuando los estudiantes no se sienten cómodos hablando del tema *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4

- 5
 - 6. Muy capaz
-

17. Guiar sobre educación sexual porque tengo la confianza de mis estudiantes *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

18. Orientar sobre educación sexual, porque me considero una persona preparada en esta materia *

- 1. Nada capaz
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6. Muy capaz
-

19. Establecer relaciones de confianza con mis alumnos a fin de promover el debate sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad *

- 1. Nada capaz
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6. Muy capaz

Apéndice U
Escala de Habilidades de Educación Sexual
(Pássaro et al. 2019)

Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades. Las respuestas pueden pasar de 1 (Nunca) a 6 (Siempre).

1- Nunca	4- Algunas veces
2- Raramente	5- Frecuentemente
3- Pocas veces	6- Siempre

Reactivos	Nunca					Siempre
	1	2	3	4	5	6
1. Imparto educación sexual porque es parte de mi materia						
2. Imparto educación sexual porque está incluida en un proyecto educativo de la Escuela						
3. Imparto educación sexual, incluso si no está incluida en el programa de mi disciplina						
4. En las clases aprovecho la oportunidad para brindar educación sexual						
5. Imparto educación sexual de una manera transversal, aprovechando la articulación con otras disciplinas						
6. Utilizo varias estrategias activas para enseñar educación sexual, tales como: proyección de videos, lectura, dramatización de texto o algunas otras						
7. Elijo hechos reales para hablar con mis estudiantes sobre sexualidad						
8. He asistido a cursos de educación sexual para aumentar mi nivel de conocimiento sobre el tema						
9. Busco información con el objetivo de aumentar mis conocimientos sobre sexualidad						

Reactivos	Nunca					Siempre
	1	2	3	4	5	6
10. Distribuyo información o realizo dinámicas sobre temas sexuales con mis alumnos						
11. Muestro a mis estudiantes herramientas informativas que abordan la educación sexual						
12. Invito a expertos a hablar sobre educación sexual con mis estudiantes						
13. Platico con mis alumnos para reflexionar sobre temas actuales relacionados con la sexualidad						
14. En mis clases hablamos de todos los temas que mis alumnos muestran curiosidad, especialmente de sexualidad						
15. Trato de hacer que mis estudiantes entiendan la sexualidad como algo natural, como una dimensión de sus vidas						

Apéndice V

Escala Virtual de Habilidades de Educación Sexual

Habilidades de Educación Sexual

Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades. Las respuestas pueden pasar de 1 (Nunca) a 6 (Siempre).

1. Imparto educación sexual porque es parte de mi materia

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

2. Imparto educación sexual porque está incluida en un proyecto educativo de la Escuela

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

3. Imparto educación sexual, incluso si no está incluida en el programa de mi disciplina

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

4. En las clases aprovecho la oportunidad para brindar educación sexual

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

5. Imparto educación sexual de una manera transversal, aprovechando la articulación con otras disciplinas

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

6. Utilizo varias estrategias activas para enseñar educación sexual, tales como: proyección de videos, lectura, dramatización de texto o algunas otras

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

7. Elijo hechos reales para hablar con mis estudiantes sobre sexualidad

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces

5. Frecuentemente

6. Siempre

8. He asistido a cursos de educación sexual para aumentar mi nivel de conocimiento sobre el tema

1. Nunca

2. Raramente

3. Pocas veces

4. Algunas veces

5. Frecuentemente

6. Siempre

9. Busco información con el objetivo de aumentar mis conocimientos sobre sexualidad

1. Nunca

2. Raramente

3. Pocas veces

4. Algunas veces

5. Frecuentemente

6. Siempre

10. Distribuyo información o realizo dinámicas sobre temas sexuales con mis alumnos

1. Nunca

2. Raramente

3. Pocas veces

4. Algunas veces

5. Frecuentemente

6. Siempre

11. Muestro a mis estudiantes herramientas informativas que abordan la educación sexual

- 1. Nunca
 - 2. Raramente
 - 3. Pocas veces
 - 4. Algunas veces
 - 5. Frecuentemente
 - 6. Siempre
-

12. Invito a expertos a hablar sobre educación sexual con mis estudiantes

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

13. Platico con mis alumnos para reflexionar sobre temas actuales relacionado con la sexualidad

- 1. Nunca
 - 2. Raramente
 - 3. Pocas veces
 - 4. Algunas veces
 - 5. Frecuentemente
 - 6. Siempre
-

14. En mis clases hablamos de todos los temas que mis alumnos muestran curiosidad, especialmente de sexualidad

- 1. Nunca

- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

15. Trato de hacer que mis estudiantes entiendan la sexualidad como algo natural, como una dimensión de sus vidas

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Pocas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Frecuentemente
- 6. Siempre

Apéndice W

Consentimiento Informado del Docente



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DOCENTE

Título del proyecto: Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes.

Autor: MCE. Lorena Yuliana Vera Alanís

Director de tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Introducción/objetivo del estudio:

El estudio “Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes” se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en docentes con el objetivo de probar un programa de educación sexual para que usted pueda replicarlo en sus estudiantes con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual. Su participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en el estudio.

Procedimiento:

Se invitará a todos los docentes hasta completar una muestra de 26 participantes. Su participación consistirá en asistir a sesiones virtuales a través de la plataforma ZOOM en un horario disponible para mí, el cual será acordado con anticipación. Durante las sesiones se desarrollarán actividades que me permitirán adquirir el conocimiento y las habilidades para impartir educación sexual. Además, contestará algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio.

En la primer semana asistirá a dos sesiones de 60 minutos para reforzar su conocimiento y habilidades en educación sexual. En la semana dos asistirá virtualmente

a dos sesiones más de 60 minutos. En la semana tres y cuatro recibirá una capacitación en modalidad virtual para que pueda reducir las conductas sexuales de riesgo en sus estudiantes, esta consistirá en tres horas por semana. Dos semanas después, durante seis semanas replicará con algunos estudiantes todo lo que aprendió en la capacitación. Esto tomará una hora por semana y se realizará fuera del horario de clases. Al finalizar el estudio y un mes después, contestará una encuesta electrónica de 15 minutos. El tiempo total del estudio será de 17 horas.

Si usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Se le aplicarán 3 cuestionarios que tratan sobre educación sexual, estos serán contestados de forma electrónica para que pueda contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible.

Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio:

Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad pueda sentirse incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara puede retirarse del estudio sin que esto tenga repercusiones.

Beneficios esperados:

El beneficio de su participación es la adquisición de conocimiento y habilidades para impartir educación sexual. Además, se le ofrecerá una compensación económica por cada sesión del estudio. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Confidencialidad:

La información que proporcione durante el estudio no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que conteste

en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se me asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que me identifiquen.

Compromisos del Investigador:

La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas.

Su firma indica su aceptación para que participe voluntariamente en el estudio.

Firma: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma del testigo 1: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección: _____

Firma del testigo 2: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Apéndice X

Consentimiento Informado Virtual del Docente

Introducción/objetivo del estudio: El estudio "Intervención de educación sexual ¡Cuidate! dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes" se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en docentes con el objetivo de probar un programa de educación sexual para que usted pueda replicarlo en sus estudiantes con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual. Su participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en el estudio. Procedimiento: Se invitará a todos los docentes hasta completar una muestra de 26 participantes. Su participación consistirá en asistir a sesiones virtuales a través de la plataforma ZOOM en un horario disponible para mí, el cual será acordado con anticipación. Durante las sesiones se desarrollarán actividades que me permitirán adquirir el conocimiento y las habilidades para impartir educación sexual. Además, contestará algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio. En la primer semana asistirá a dos sesiones de 60 minutos para reforzar su conocimiento y habilidades en educación sexual. En la semana dos asistirá virtualmente a dos sesiones más de 60 minutos. En la semana tres y cuatro recibirá una capacitación en modalidad virtual para que pueda reducir las conductas sexuales de riesgo en sus estudiantes, esta consistirá en tres horas por semana. Dos semanas después, durante seis semanas replicará con algunos estudiantes todo lo que aprendió en la capacitación. Esto tomará una hora por semana y se realizará fuera del horario de clases. Al finalizar el estudio y un mes después, contestará una encuesta electrónica de 15 minutos. El tiempo total del estudio será de 17 horas. Si usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Se le aplicarán 3 cuestionarios que tratan sobre educación sexual, estos serán contestados de forma electrónica para que pueda contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible. Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio: Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad pueda sentirse incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara puede retirarse del estudio sin que esto tenga repercusiones. Beneficios esperados: El beneficio de su participación es la adquisición de conocimiento y habilidades para impartir educación sexual. Además, se le ofrecerá una compensación económica por cada sesión del estudio. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo. Confidencialidad: La información que proporcione durante el estudio

no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que conteste en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se me asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que me identifiquen. Compromisos del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas.

*

- ACEPTO
- NO ACEPTO

Apéndice Y

Consentimiento Informado del Padre o Tutor



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O TUTOR

Título del proyecto: Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes.

Autor: MCE. Lorena Yuliana Vera Alanís

Director de tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Introducción/ objetivo del estudio:

El estudio “Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes” se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en estudiantes con el objetivo de probar un programa de educación sexual brindado por los profesores con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual en los estudiantes. Su participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a que autorice la participación de su hijo (a). A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información le ayudará a decidir si desea autorizar.

Procedimiento:

El directivo de la secundaria autorizó realizar el estudio aquí o fue invitado (a) por su maestro (a) de clase. Se invitará a todos los estudiantes de las secundarias hasta completar una muestra de 195 participantes. La participación de su hijo (a) consistirá en asistir virtualmente a seis sesiones de educación sexual que su docente impartirá mediante la plataforma ZOOM y dentro de su horario de clases. Durante las sesiones se desarrollarán actividades que le permitan adquirir el conocimiento y las habilidades para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo. Esto se realizará una hora por semana durante seis semanas. Además, contestará algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio.

Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio:

Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad pueda sentirse incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara su hijo (a) puede retirarse del estudio sin que esto tenga repercusiones académicas.

Beneficios esperados:

La participación de su hijo (a) en el estudio tiene como beneficio la adquisición de conocimiento y habilidades para poder prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo, o bien, para postergar el inicio de vida sexual. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Confidencialidad:

La información que su hijo (a) proporcione durante el estudio no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que mi hijo (a) conteste en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se le asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que me identifiquen.

Compromisos del Investigador:

La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la

Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas.

Su firma indica su autorización para que su hijo (a) participe en el estudio.

Firma: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma del testigo 1: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección: _____

Firma del testigo 2: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Apéndice Z

Consentimiento Informado Virtual del Padre o Tutor

Introducción/ objetivo del estudio: El estudio "Intervención de educación sexual ¡Cuidate! dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes" se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en estudiantes con el objetivo de probar un programa de educación sexual brindado por los profesores con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual en los estudiantes. Su participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a que autorice la participación de su hijo (a). A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información le ayudará a decidir si desea autorizar. Procedimiento: El directivo de la secundaria autorizó realizar el estudio aquí o fué invitado (a) por su maestro (a) de clase. Se invitará a todos los estudiantes de las secundarias hasta completar una muestra de 195 participantes. La participación de su hijo (a) consistirá en asistir virtualmente a seis sesiones de educación sexual que su docente impartirá mediante la plataforma ZOOM y dentro de su horario de clases. Durante las sesiones se desarrollarán actividades que le permitan adquirir el conocimiento y las habilidades para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo. Esto se realizará una hora por semana durante seis semanas. Además, contestará algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio. Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio: Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad pueda sentirse incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara su hijo (a) puede retirarse del estudio sin que esto tenga repercusiones académicas. Beneficios esperados: La participación de su hijo (a) en el estudio tiene como beneficio la adquisición de conocimiento y habilidades para poder prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo, o bien, para postergar el inicio de vida sexual. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo. Confidencialidad: La información que su hijo (a) proporcione durante el estudio no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que mi hijo (a) conteste en los cuestionarios no podrá ser identificado ya que en lugar del nombre se le asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que me identifiquen. Compromisos del Investigador: La garantía de recibir respuesta a

cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas.

*

- ACEPTO
- NO ACEPTO

Apéndice AA

Asentimiento Informado del Estudiante



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ASENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIANTE

Título del proyecto: Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes.

Autor: MCE. Lorena Yuliana Vera Alanís

Director de tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Introducción/ objetivo del estudio:

El estudio “Intervención de educación sexual *¡Cuidate!* dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes” se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en estudiantes con el objetivo de probar un programa de educación sexual brindado por los profesores con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual en los estudiantes. Tu participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que te invitamos a participar. A continuación, se te explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información te ayudará a decidir si deseas participar.

Procedimiento:

Los directivos de la secundaria autorizaron realizar el estudio aquí. Se invitará a todos los estudiantes de las secundarias hasta completar una total de 195 participantes. Tu participación consistirá en asistir virtualmente a seis sesiones de educación sexual que tu profesor impartirá mediante la plataforma ZOOM dentro de tu horario de clases. Durante las sesiones realizarás actividades que te permitan adquirir el conocimiento y las habilidades para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo. Esto se realizará una hora por semana durante seis semanas. Además, contestarás algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio.

Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio:

Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad puedas sentirte incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara puedes retirarte del estudio sin que esto afecte tus calificaciones.

Beneficios esperados:

Mi participación en el estudio tiene como beneficio la adquisición de conocimiento y habilidades para prevenirme de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo.

Confidencialidad:

La información que proporcione durante el estudio no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que contestes en los cuestionarios no podrá ser identificada ya que en lugar de poner tu nombre se te asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que te identifiquen.

Compromisos del Investigador:

La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas.

Tu firma indica tu aceptación para que participes voluntariamente en el estudio.

Firma: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma del testigo 1: _____

Dirección: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma del testigo 2: _____

Dirección: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Apéndice BB

Asentimiento Informado Virtual del Estudiante

Introducción/ objetivo del estudio:El estudio “Intervención de educación sexual ¡Cuidate! dirigida por docentes para prevenir ITS, VIH y embarazos en adolescentes” se está realizando en varias secundarias del país. Se está llevando a cabo en estudiantes con el objetivo de probar un programa de educación sexual brindado por los profesores con la finalidad de prevenir conductas sexuales de riesgo y postergar el inicio de vida sexual en los estudiantes. Tu participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que te invitamos a participar. A continuación, se te explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información te ayudará a decidir si deseas participar. Procedimiento: Los directivos de la secundaria autorizaron realizar el estudio aquí. Se invitará a todos los estudiantes de las secundarias hasta completar una total de 195 participantes. Tu participación consistirá en asistir virtualmente a seis sesiones de educación sexual que tu profesor impartirá mediante la plataforma ZOOM dentro de tu horario de clases. Durante las sesiones realizarás actividades que te permitan adquirir el conocimiento y las habilidades para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo. Esto se realizará una hora por semana durante seis semanas. Además, contestarás algunos cuestionarios al inicio, al final y un mes después del estudio.Riesgo o molestias y aspectos experimentales del estudio: Para evitar las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestarán de la manera más privada posible. El riesgo de participar es mínimo debido a que, al tratar temas relacionados con la sexualidad puedas sentirte incomodo (a) en algún momento, esto puede pasar por las actividades que se realizan o los videos que se muestren, si eso pasara puedes retirarte del estudio sin que esto afecte tus calificaciones. Beneficios esperados: Mi participación en el estudio tiene como beneficio la adquisición de conocimiento y habilidades para prevenirme de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y un embarazo. Confidencialidad: La información que proporcione durante el estudio no será conocida por las autoridades académicas ni ninguna otra persona, únicamente el equipo participante en la intervención tendrá acceso a la información. Además, toda la información que contestes en los cuestionarios no podrá ser identificada ya que en lugar de poner tu nombre se te asignará un código de participante. Los resultados de los cuestionarios serán dados a conocer de manera general sin que exista la posibilidad de que te identifiquen.Compromisos del Investigador:La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. En caso de tener dudas sobre la investigación y participación en el estudio puede comunicarse con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 81-83-48-89-43 en horario de 9 a 16 horas. *

ACEPTO

NO ACEPTO

Apéndice CC

Cuestionario para Reclutar Asistentes

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____ Teléfono: _____

¿Cuál es tu profesión? _____

¿Actualmente trabajas o estudias? _____

¿En qué horario trabajas o estudias? _____

¿Has impartido cursos a adolescentes? _____

En una escala del 1 al 10 donde 1 significa nada seguro y 10 completamente seguro, contesta las siguientes dos preguntas.

¿En una escala del 1 al 10 que tanto te gusta trabajar en equipo? _____

¿En una escala del 1 al 10 que tan cómodo te sientes cuando se habla de salud sexual?

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son algunos de los signos y síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual?

2. ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

3. ¿Cuáles son las complicaciones del embarazo en adolescentes?

Apéndice DD

Evaluación de la Fidelidad de la Intervención

Nombre del facilitador: _____ Fecha: ____/____/____

Número de la sesión: _____ Hora de inicio: ____:____ Hora de término: ____:____

Secundaria: _____ Número de participantes: _____

Criterios de observación	Sí	No	Observaciones
1. Inicia la sesión a tiempo			
2. El docente se apegó al contenido del manual			
3. Se realizaron las dinámicas de acuerdo con el manual			
4. Se ajustó a los tiempos establecidos			
5. Mostró el contenido en el orden indicado			
6. Impartió todo el contenido			
7. El material requerido para la sesión estuvo completo			

Fortalezas del docente: _____

Áreas de oportunidad: _____

Limitantes o eventos adversos: _____

Apéndice EE

Evaluación de la Factibilidad de la Intervención

¿Permite el desarrollo adecuado de la intervención?	Sí	No
1. La disponibilidad de los participantes		
2. El horario escolar de las secundarias		
3. El horario en el que se imparte la sesión		
4. Las habilidades educativas de los docentes		
5. El procedimiento del reclutamiento		
6. La recolección de datos		
7. La cantidad de participantes por sesión		
8. El área física donde se encuentran los participantes		
9. La conexión a internet		
10. Los dispositivos de cómputo		
11. El material electrónico		
12. El abordaje del tema		
13. Llevar a cabo las actividades de forma virtual		

Apéndice FF

Evaluación de la Aceptabilidad de la Intervención

(Fabrizio, et al. 2013)

Instrucciones: por favor califique cuanto estaría de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

Reactivos	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)
1. Me gusta el programa	1	2	3	4	5
2. Encuentro útil el programa	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con el programa	1	2	3	4	5
4. El programa respondió a mis expectativas	1	2	3	4	5
5. Recomendaría este programa a mis compañeros	1	2	3	4	5

Resumen Autobiográfico

MCE. Lorena Yuliana Vera Alanís

Candidata para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL *¡CUÍDATE!* DIRIGIDA POR DOCENTES PARA PREVENIR ITS, VIH Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.

Biografía: Nacida en la ciudad de Guadalupe, Nuevo León el 18 de julio de 1991, hija de la Sra. Yolanda Alanís Rodríguez y el Sr. Bernardo Vera Cabrera.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con grado de Licenciada en Enfermería en el año 2013 con promedio sobresaliente. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría (2017-2019) y Doctorado en Ciencias de Enfermería (2019-2022) en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia profesional: Enfermera en la Unidad Médica Guadalupe (2014), docente clínico en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2014-2021), docente de Enfermería en la Universidad Metropolitana de Monterrey (2015-2016) y enfermera en el Hospital Santa Cecilia (2016).

Asociaciones y Membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha del 2017 a la fecha.

Investigación: Vera Alanís, L. Y. & Fernández Fuertes, A. A. (2021). Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados de México. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 305-314. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4214>

Seminarios, Ponencias y Presentaciones: Diversas participaciones como ponente en congresos internacionales y nacionales.

E-mail: yuliana.veraa@gmail.com