

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



INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO
Y DE FACTIBILIDAD

Por

MCE. YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS

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

AGOSTO, 2024

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



INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO
Y DE FACTIBILIDAD

Por

MCE. YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS

Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

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

AGOSTO, 2024

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



INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO
Y DE FACTIBILIDAD

Por

MCE. YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS

Co-Director de Tesis

DRA. LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

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

AGOSTO, 2024

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



INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO
Y DE FACTIBILIDAD

Por

MCE YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

AGOSTO, 2024

INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO
ALEATORIZADO Y DE FACTIBILIDAD

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
1er. Vocal

Dra. Lubia del Carmen Castillo Arcos
2do. Vocal

Dr. Juan Antonio Doncel de la Colina
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades y Tecnologías (CONAHACYT) por la beca otorgada para realizar este posgrado.

A las autoridades directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su apoyo para concluir este posgrado.

Al personal administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación por la atención otorgada en el proceso de mis estudios.

Agradezco infinitamente a mi comité de Tesis Doctoral conformado por la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. Luvia del Carmen Castillo Arcos y Dr. Juan Antonio Doncel de la Colina por todas sus contribuciones para el desarrollo y finalización de este proyecto de tesis. A mi directora de Tesis Raquel Alicia Benavides Torres PhD, por su apoyo para este proyecto, por compartir sus conocimientos y amplia experiencia, por la paciencia y motivación constante para la culminación de este posgrado.

A todos los catedráticos del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por sus enseñanzas.

Agradezco a las autoridades de las instituciones educativas del estado de Guerrero por las facilidades brindadas para este proyecto.

A esas amistades Roly, Yaz, Monse, Pedro, Cesar, Itza, Sara, Lili, Karen, Antonio y Betzabeth quienes me brindaron su apoyo, una palabra de aliento cuando lo necesité. Así mismo agradezco a Carlos mi compañero y amigo por su amistad, paciencia, compañía y por mantenernos unidos en la travesía con el propósito de cumplir la meta.

A mis compañeros de clase por el acompañamiento en este posgrado.

A los participantes de este estudio, por su apoyo y colaboración para el desarrollo del estudio,

A cada de una de las personas que formaron parte de este proceso, gracias.

“Cuando muere una lengua muere una forma de ver el mundo”

José del Val Blanco

Dedicatoria

A Dios por darme la sabiduría para poder culminar este posgrado y por ser mi fortaleza en los momentos de dificultad.

A mis padres Joaquín Ramírez Cantú y Eutropia Espinobarros Deaquino, gracias por todas sus oraciones en los momentos de dificultad, por ser mi fortaleza cuando más lo necesité, por su apoyo incondicional en mi formación académica y personal, pero sobre todo por su amor incondicional y motivarme a siempre luchar por mis sueños. Los amo infinitivamente ustedes son el motor más importante de mi vida.

A mis hermanos, Nayely, Ismael, Gamaliel y Yuridia por el cariño y el apoyo brindado durante esta etapa.

A mis abuelos Pedro y Susana† que siempre me han motivado para seguir con mis estudios, especialmente a mi abuelo Sabás † por todos los consejos y lecciones de vida que me dejó, sé que desde el cielo me cuida, un fuerte abrazo hasta el cielo abuelito.

A mi abuela Aureliana, mi mamá y a mi tía Arcángela por su apoyo en el proceso de reclutamiento en la etapa inicial de este proyecto.

A mi novio Miguel Ángel por no dejarme caer e impulsarme a seguir siempre adelante y darme ánimos en la distancia cuando las cosas se complicaban, juntos prometimos lograr nuestros sueños, siempre con ese amor, respeto y apoyo mutuo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	5
Estudios Relacionados	18
Objetivo General	36
Objetivos Específicos	36
Hipótesis	37
Definición de Términos	38
Capítulo II	
Metodología	41
Diseño del Estudio	41
Población, Muestra y Muestreo	41
Criterios de Inclusión	42
Criterios de Exclusión	42
Criterios de Eliminación	42
Instrumentos de Medición	42
Descripción de la Intervención	46
Descripción del Tratamiento Control	47
Procedimiento	47
Fidelidad de la Intervención	51
Consideraciones Éticas	52
Estrategia de Análisis de Datos	54
Capítulo III	
Resultados	55

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Datos Sociodemográficos de los Participantes	58
Factibilidad de la Intervención	60
Aceptabilidad de la Intervención	67
Estadística Descriptiva y Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	70
Consistencia Interna de los Instrumentos	72
Comparación de medias entre el postest y seguimiento por grupo de tratamiento	72
Comparación de medias entre pretest y seguimiento por grupo	81
Eficacia Preliminar	86
Capítulo IV	
Discusión	91
Limitaciones del Estudio	100
Conclusiones	101
Recomendaciones	102
Referencias	104
Apéndices	118
A. Preguntas filtro	119
B. Cédula de Datos Personales	120
C. Evaluación de la factibilidad de Goodard y Harding	122
D. Formato para Aceptabilidad de las sesiones de la intervención	129
E. Escala de Actitud Anticonceptiva	131
F. Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA	135
G. Escala de Autoeficacia Anticonceptiva	142

Tabla de Contenido

Contenido	Página
H. Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos	144
I. Escala de Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas Relacionados con Sexo	145
J. Escala de norma de pares	146
K. Escala de Equidad y Género	147
L. Escala de Identidad Étnica	149
M. Escala de Conducta Anticonceptiva	151
N. Guía- semiestructurada de entrevista para adolescentes	152
Ñ. Guía- semiestructurada de entrevista para proveedores de salud	156
O. Resultados de la aproximación cualitativa en adolescentes	159
P. Resultados de la aproximación cualitativa en personal de salud	164
Q. Prueba piloto de la intervención	169
R. Asentimiento informado para adolescentes (Ensayo Clínico Aleatorizado Piloto)	172
S. Consentimiento informado para mayores de edad	175
T. Consentimiento informado para padres/tutores	178

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas iniciales por grupo PaRe y control (variables de intervalo)	59
2. Características sociodemográficas iniciales por grupo PaRe y control (variables nominales)	60
3. Características del contexto durante la implementación de la intervención por grupo	63
4. Barreras para la participación durante la implementación de la intervención por grupo	64
5. Tasa de abandono por grupos y tiempo	67
6. Carga de participación para las madres adolescentes por grupo de tratamiento	68
7. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables de interés en el pretest	70
8. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables de interés en el postest	71
9. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables de interés en el seguimiento	71
10. Consistencia interna de los instrumentos de medición de acuerdo con las mediciones	72
11. Prueba U de Mann Whitney para la variable conocimiento anticonceptivo en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control	73
12. Prueba U de Mann Whitney para la variable rol de género en la sexualidad en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control	74

Lista de Tablas

Tabla	Página
13.Prueba U de Mann Whitney para la variable de identidad étnica en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control	75
14.Prueba U de Mann Whitney para la variable actitud hacia la anticoncepción en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control	76
15.Prueba U de Mann Whitney para la variable de comunicación sexual con los padres en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control	77
16. Prueba U de Mann Whitney para la variable Influencia sexual de pares en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control	78
17. Prueba U de Mann Whitney para la variable autoeficacia PaRe y anticonceptiva en el pretest, postest y seguimiento en el grupo control	79
18. Prueba U de Mann Whitney para la variable intención de anticoncepción en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control	80
19. Prueba U de Mann Whitney para la variable conducta anticonceptiva en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control	81
20.Comparación de medias entre el pretest y postest para los grupos PaRe y control mediante la prueba de Wilcoxon	83

Lista de Tablas

Tabla	Página
21. Comparación de medias entre el pretest y seguimiento para los grupos PaRe y control mediante la prueba de Wilcoxon	85
22. Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el postest	86
23. Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el postest mediante la técnica backward	87
24. Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el seguimiento	87
25. Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el seguimiento mediante la técnica backward	88
26. Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el postest	88
27. Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el postest mediante la técnica backward	89
28. Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el seguimiento	90
29. Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el seguimiento mediante la técnica backward	90
30. Categorías de análisis (adolescentes)	159
31. Categorías de análisis (personal de salud)	164
32. Comparación de variables de interés entre el pretest y postest (3 sesiones)	171

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de reciprocidad trídica	7
2. Subestructuración del Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas (Benavides-Torres et al., 2022)	11
3. Estructura del modelo de la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas (Benavides-Torres et al., 2022)	12
4. Modelo lógico del Cambio de PaRe	13
5. Componentes de diferentes intervenciones	14
6. Teoría-Componente-Actividades PaRe	17
7. Diagrama de flujo CONSORT para el ensayo piloto aleatorizado PaRe	66

Resumen

MCE. Yesenia Ramirez Espinobarros

Fecha de Graduación: Agosto, 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO Y DE FACTIBILIDAD

Número de páginas: 182

Candidata para obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/sida.

Objetivo y Método de Estudio: El Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes Indígenas fue utilizado como base de la intervención Pasos Responsables (PaRe), esto utilizando el Mapeo de Intervenciones (MI) de Bartholomew. Por lo que el propósito fue desarrollar una intervención nueva combinando elementos de otras intervenciones que han sido efectivas, examinar la factibilidad, aceptabilidad y la eficacia preliminar de la intervención para el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas. Se realizó un ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad utilizando mediciones en tres momentos, previo a la intervención, posterior y en el seguimiento en ambos grupos, en una muestra de 144 participantes ($n = 51$ para el grupo intervención y 63 en el grupo control), la muestra se calculó con el Paquete estadístico G Power para una prueba t para muestras independientes, un nivel de error de .05, una potencia del 91%, tamaño de efecto moderado de .5, la intervención consistió en dos sesiones grupales de dos horas cada una y la sesión individual que duró 60 minutos, al grupo control se le otorgó una sola

sesión a través de una conferencia grupal. Los instrumentos mostraron confiabilidad de moderada-alta ($\alpha = .70-.94$) en el pretest, moderada-alta ($\alpha = .72-.95$) en el posttest y moderada-alta en el seguimiento ($\alpha = .79-.93$). Para evaluar la factibilidad fue mediante algunos elementos como los recursos materiales, la población objeto, las barreras de participación, la fidelidad de la intervención y la aceptabilidad a través de la tasa de abandonos y la satisfacción con la intervención. Así mismo se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, para la comprobación de hipótesis se realizó la prueba de U de Mann-Whitney y la prueba de Wilcoxon y para la evaluación de la eficacia preliminar a través de un modelo de regresión mediante la técnica Backward.

Contribución y Conclusiones: se mostró que la media de edad fue de 16.46 fue de 16.46 ($DE = 0.80$) años, el 64.1% estudiaban, el 56.4% fueron mujeres, la edad media de la primera relación sexual fue de 15.12. El 70 % de los participantes y el 97.6 % de los padres dominaba la lengua Me'phaa (tlapaneco) y lo que respecta al uso de anticonceptivos en la primera relación 48.5% lo utilizó siendo el condón el método más empleado con el 75 %. En cuanto a la factibilidad el facilitador conto con las características necesarias para la implementación y los materiales fueron empleados fueron idóneos, se presentaron algunas barreras como la falta de respuesta cuando se acudió al domicilio del participante. Para la aceptabilidad se obtuvo una tasa de aceptación del 78.57%, así mismo en los participantes mostraron agrado por las sesiones. Con referente a las hipótesis se mostró diferencia en la variable influencia sexual de pares en el posttest ($U=1111.00, p < .01$) y en el seguimiento ($U=1282.00, p < .05$). La variable de autoeficacia anticonceptiva mostró diferencia significativa en el posttest ($U=1302.50, p < .05$). También la variable intención de anticoncepción mostró diferencia en el seguimiento ($U=1325.00, p < .05$) y finalmente la conducta anticonceptiva mostró diferencia en el posttest ($U=1360.50, p < .10$), por lo que se rechazó la hipótesis nula.

Se identificó que a corto plazo la intervención pudiera funcionar, se mostró que los adolescentes disminuyeron la percepción de las influencias negativas sobre la sexualidad, aumentaron la autoeficacia para el uso de anticonceptivos y mostraron mayor intención de utilizar anticonceptivos. La implementación del estudio estableció un paso muy importante en esta población y para las instituciones educativas para brindar educación sexual para los adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública debido a los problemas físicos, psicológicos y sociales que implican para las adolescentes. Del mismo modo está relacionado con algunos riesgos médicos como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, rotura prematura de las membranas ovulares, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente que elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años (Gálvez et al., 2016; Rodríguez, 2016).

A nivel mundial se reporta una tasa de nacimientos de 41.3 nacimientos por cada mil niñas de entre 15 y 19 años, de las cuales en su mayoría ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En América Latina y el Caribe las tasas de embarazos no planeados se estiman en 51.4 nacimientos por cada mil niñas de entre 15 y 19 años en 2023 (OMS, 2024).

En México, la tasa de nacimientos es de 67.7 por cada mil mujeres de 15 a 19 años (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2021). Así mismo se reportaron 8 mil 876 nacimientos en menores de 14 años, esto como consecuencia de matrimonios arreglados, pobreza extrema y violencia sexual, el 98% fueron en madres de entre 13 y 14 años, situación que se presenta con mayor frecuencia en los estados de Chiapas, Tabasco, Coahuila y Guerrero. En el caso del estado de Guerrero en el 2022 aproximadamente 5,120 adolescentes reportaron haber tenido un hijo (Red por los Derechos de la Infancia en México [REDIM], 2024).

Los adolescentes son un grupo vulnerable debido a la etapa de cambios que presentan, la OMS define la adolescencia como un periodo de crecimiento del individuo que se lleva a cabo después de la niñez y antes de la etapa adulta comprendido entre los 10 y 19 años. En esta etapa se procesa la construcción de identidades, en donde el

comportamiento y los hábitos que tengan repercutirán en su estilo de vida. Además de ello los adolescentes se encuentran expuestos a diferentes riesgos como accidentes, violencia, delincuencia, conductas sexuales de riesgo, embarazos, pero en ocasiones los adolescentes son poco responsables y no son conscientes de las posibles consecuencias de sus actos. Asimismo las adolescentes indígenas que viven en desigualdades sociales tienen más riesgo de embarazo por lo que a muy temprana edad se les asignan socioculturalmente los papeles de madre y esposa, lo cual está relacionado con el valor que se le da a la maternidad como parte de una identidad femenina donde por naturaleza la mujer debe procrear y con ello sentirse realizada, de igual modo previo al embarazo es necesario contraer matrimonio, donde la edad aceptada para casarse es mucho menor a diferencia del contexto urbano (Arvizu et al., 2022; Doncel et al., 2022; Mora & Hernández, 2015; Rodríguez & Valero, 2021; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2020).

Aunado a esta etapa de transición, en las comunidades rurales el embarazo en las adolescentes indígenas está relacionado con la falta de educación sexual (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Es posible que ellos sientan vergüenza al solicitar los servicios de anticoncepción, o que los métodos no sean de fácil acceso o sean muy caros, del mismo modo, aun cuando tengan acceso a los anticonceptivos, las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizarlos que las mujeres adultas (OMS, 2020).

En México, las mujeres indígenas presentan una mayor desventaja y han sido afectadas por embarazos a temprana edad (Sosa & Menkes, 2019). De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda en 2020, la población indígena era de 11, 800, 247 personas, lo que constituye el 9.4 % de la población total; entre ellos, el 51.1%, equivalente a 6 millones 29 mil 926 son mujeres y el 48.9 % equivalente a 5 millones 770 mil 320 son hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022).

En lo que respecta a la fecundidad de las adolescentes indígenas en el 2018 fue de 87.1 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, lo cual es mayor a la que presentan las jóvenes no hablantes de lengua indígena con 69 nacimientos por cada mil mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2022). El Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) en el 2018 reportó 26, 053 nacimientos en mujeres indígenas de 15 a 19 años (UNFPA, 2020). Por su parte, la Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (2019) reporta que el 48.6% de los embarazos en mujeres indígenas de 15 a 19 años fueron no deseados o no planeados. La mayoría de estos embarazos son el resultado de no usar anticonceptivos o de no usarlos de manera constante y correcta (Vázquez & Ortíz, 2020). En México, de acuerdo con los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] sólo el 60.2% de los adolescentes de 15 a 19 años y el 68.2% de entre 20 a 24 años usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (ENADID, 2023).

Por todo lo anterior el Fondo de las Naciones Unidas resalta la importancia de desarrollar programas encaminados a la prevención y erradicación de los embarazos a temprana edad, haciendo énfasis en las niñas y adolescentes indígenas debido a que se considera que se encuentran en mayor vulnerabilidad (ONU, 2021). Así, surge la necesidad de realizar una intervención para aumentar el uso de anticonceptivos en adolescentes indígenas; así mismo es significativo mejorar el uso y el acceso de métodos anticonceptivos y las intervenciones deberán ser preventivas. Dicho lo anterior es preciso la participación del personal del área de la salud, particularmente a través de intervenciones de enfermería con actividades educativas de prevención enfocados a programas específicos de sexualidad en adolescentes (Gómez, et al., 2019).

De acuerdo con la literatura, las intervenciones conductuales emplean una amplia gama de estrategias que pueden implicar la manipulación de procesos cognitivos, conductuales, físicos, ambientales o psicosociales con el fin de mejorar los resultados en la población de interés (Gitlin & Czaja, 2016).

Alineado con esto se realizó una revisión de revisiones sistemáticas, en donde se incluyeron seis estudios de los cuales tres evaluaron intervenciones relacionadas al uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazo en adolescentes (Oringaje et al., 2009; López et al., 2016; Mason et al., 2016) y tres más se enfocaban en la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH, (López et al., 2016; Mason et al., 2016; Oringaje et al., 2009).

En cuanto a los resultados obtenidos, las intervenciones efectivas se basaron en teorías, principalmente guiadas por la teoría Social Cognitiva, (López et al, 2011; López et al., 2016) y la teoría del aprendizaje social, influencia social y comportamiento planificado (López et al., 2016). En relación con la modalidad de entrega en su mayoría fueron cara a cara, y sólo un estudio consideró sesiones por video (Oringaje et al., 2009). En lo que respecta al entorno de entrega, las intervenciones fueron desarrolladas en instituciones educativas, lo cual se considera como un espacio adecuado para brindar educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Conjuntamente a lo anterior, los hallazgos mostraron que las intervenciones más efectivas están orientadas no sólo a la educación, sino que deben ir encaminadas al desarrollo de habilidades para lograr cambios en los comportamientos y deben involucrar a los participantes durante todo el proceso de la intervención.

Existen intervenciones que han sido evaluadas mediante ensayos aleatorizados y controlados, que han sido efectivas para incrementar el uso del condón en adolescentes; sin embargo, estas no se enfocan en otros métodos anticonceptivos y no fueron desarrolladas considerando la identidad étnica. De acuerdo con los cinco escenarios propuestos por Glitin y Czaja (2016), el segundo escenario refiere que al no existir una intervención para el problema en el área de interés se pueden combinar y aplicar protocolos de intervenciones a una nueva área.

La intervención Project IMAGE es una intervención conductual cognitiva con el objetivo de reducir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) llevado a cabo en

adolescentes afroamericanas y mexicoamericanas con antecedentes de abuso sexual o físico e ITS, esta intervención ha reportado en el grupo intervención tasas más bajas de infección por ITS a los 6 meses a comparación del grupo control que tenían un 96% más probabilidades de experimentar una infección (Champion & Collins, 2012). En el caso de ¡Cuídate!, la cual tiene como objetivo reducir el comportamiento sexual de riesgo del VIH y embarazos no planeados en adolescentes mexicanos, mostró cambios en el grupo experimental con mayor nivel de intenciones del uso del condón ($DE = 0.15$; $IC\ 95\ %\ 0.09-0.20$, $p < .001$) y del uso de anticonceptivos ($DE = 0.16$; $IC\ 95\ %\ 0.07-0.24$, $p < .001$) a comparación del grupo control (Gallegos et al., 2008). Por último, la intervención Conéctate, enfocada a la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/sida en adolescentes la cual mostró que los adolescentes del grupo experimental aumentaron el afrontamiento positivo al riesgo sexual ($F [5.136] = 18.197$, $p < .001$) a diferencia del grupo control (Castillo, 2012).

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que no existe una intervención basada en teoría que sea dirigida a la población indígena mexicana y que la conducta a modificar sea el incremento en el uso de anticonceptivos. Sin embargo, existen protocolos de intervenciones basados en evidencia que han sido utilizados con adolescentes de minorías étnicas o con características socio ambientales similares a la población de interés y que promueven el uso del condón. Por lo anterior, este trabajo tuvo como finalidad desarrollar una intervención nueva combinando elementos de otras intervenciones y que fue evaluada a través de un ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad.

Marco Teórico

El Mapeo de Intervenciones (MI); (Bartholomew et al., 2016) fue utilizado para diseñar, aplicar y evaluar la intervención. El MI sirvió como guía para el uso de la teoría y las pruebas empíricas como fundamento al intervenir en los problemas de salud y generar la participación de la comunidad. Este permitió el desarrollo de la intervención,

los procedimientos para planificar actividades y la selección de los factores determinantes basados en la teoría que deben de ser relacionados al cambio de conducta.

Este comprende seis pasos que llevan a diferentes productos que sirven como guía para el paso siguiente: 1) Realizar una evaluación de las necesidades o un análisis del problema, identificando qué es lo que hay que modificar; 2) Crear matrices de objetivos de cambio combinando el comportamiento (objetivos de desempeño) y sus determinantes a los que debe dirigirse la intervención; 3) Seleccionar métodos de intervención basados en la teoría que se ajusten a los determinantes y aplicarlos para población de estudio estableciendo parámetros de eficacia; 4) Integrar los métodos y las actividades en el programa de intervención; 5) Planificar la aplicación del programa en la comunidad blanco y 6) Evaluar los procesos y el efecto de la intervención. Se considera que el proceso de planificación es iterativo y no lineal y se puede avanzar y retroceder entre las tareas y los pasos. La falta de atención a un paso en particular puede conducir a errores y decisiones inadecuadas. A continuación, se detallan cada uno de los pasos y las tareas que se realizarán.

Paso 1: Modelo lógico del problema. Este consiste en la evaluación del problema considerando las condiciones personales, ambientales y socioculturales relacionadas con el comportamiento. Esta evaluación abarca una perspectiva científica, conductual y social de la comunidad de riesgo y sus problemas. Se realiza un esfuerzo por comprender a la comunidad, sus miembros y sus puntos fuertes. El producto de esta primera fase es la descripción de un problema de salud y la identificación de los determinantes de la conductuales y ambientales. Para llevar a cabo este paso se utilizó como modelo lógico del problema el Modelo para la Conducta Anticonceptiva de Adolescentes indígenas de Benavides et al., (2022) el cual tiene como objetivo explicar la relación entre los factores personales y ambientales y cómo éstos pueden influir en la conducta anticonceptiva de los adolescentes (figura 2). Los conceptos utilizados surgen de la Teoría Cognitiva social (SCT) de Albert Bandura, por lo que esta propuesta se basa en los conceptos y

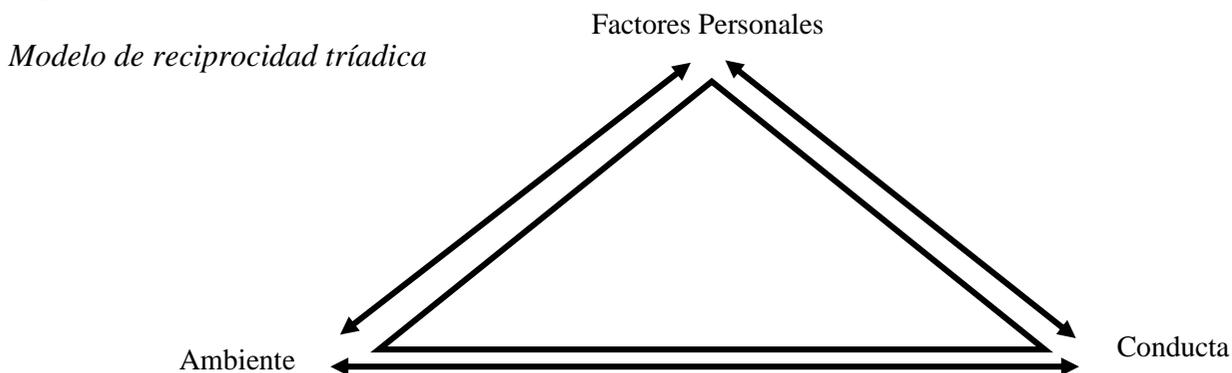
proposiciones de la SCT que fueron analizados por medio de la Subestructuración utilizando la estrategia propuesta por Dulock y Holzemer (1990), esto con la finalidad de analizar las variables de interés y poder identificar y adaptar los conceptos en la población indígena; la cual se presenta a continuación.

Teoría Cognitiva Social

La teoría Cognitiva Social ha tenido influencia en diferentes áreas de la investigación como la educación, ciencias de la salud, política social, psicoterapia y otros más; esta teoría surge de la teoría del aprendizaje social con orientación conductista sobre el comportamiento. La TSC se ha utilizado para describir la función psicosocial del individuo mediante la causalidad recíproca donde la conducta de la persona puede estar determinada a partir de la interacción entre los factores personales internos y los factores ambientales; es decir, al observar los comportamientos de los demás las personas tienden a desarrollar comportamientos similares, especialmente si esas experiencias que observan son positivas o incluyen recompensas relacionados con el comportamiento (Bandura, 1977).

El modelo se denomina de causa trídica recíproca ya que está compuesto por tres elementos: la conducta, los factores personales que incluyen los cognitivos, afectivos y biológicos y finalmente los factores ambientales, los cuales interactúan entre sí formando una triangulación dinámica (Bandura, 1986) como se muestra en la figura 1.

Figura 1.



Nota. Interacción entre la conducta y los factores personales y ambientales

Los elementos del modelo como los factores personales, la conducta y el ambiente maniobran como determinantes interactivos influenciándose recíprocamente de manera bidireccional, en este caso no existe un patrón fijo para la interacción entre los elementos, esto puede deberse a cada factor dependiendo de las actividades, situaciones, condiciones y las oportunidades de cada persona.

Para la Subestructuración se inicia con el concepto de los factores personales el cual manifiesta esa interrelación entre el razonamiento y la forma de actuar del individuo relacionado con expectativa y creencia. Dentro de este concepto se incluyen las propiedades biológicas, afectivas y cognitivas.

Los factores personales biológicos son aquellas características que van a distinguir a cada individuo de otro, en donde se puede incluir la maduración sexual el cual se puede observar en el género y la edad. Los factores biológicos de algún modo generan repercusiones en la forma de comportarse y a nivel cognitivo y afectivo. Dentro de estos factores se incluye la edad que se define como el lapso transcurrido entre el nacimiento hasta el momento actual en el que se encuentra el adolescente; sexo la cual hace referencia a la característica que distingue al hombre de la mujer; edad de la menarquía como la edad en que la adolescente tuvo su primera menstruación y edad de la espermarquia los años en que el adolescente presentó la primera eyaculación. En algunos casos en las comunidades indígenas la menstruación en las adolescentes representa el inicio de la fertilidad, es decir el paso de convertirse en mujer por los cambios físicos en el cuerpo (Ames, 2021).

Los factores personales afectivos son aquellos que resultan de la manera en que la persona distingue alguna situación en su entorno debido a que el individuo puede experimentar gustos y disgustos hacia ciertas cosas en su ambiente o a las personas. De este concepto se derivó la actitud hacia la anticoncepción la cual se define como la manera en que los adolescentes consideran que hacer uso de los métodos anticonceptivos son seguros y cómodos, que no interfieren durante sus relaciones sexuales.

Los factores personales cognitivos hacen referencia a la capacidad de la persona para el desarrollo de competencias en hechos reales, aquí se destacan las habilidades del individuo que desempeñan cierto control sobre sus ideas, sentimientos y acciones. Del concepto anterior surge el conocimiento anticonceptivo el cual hace referencia a la información que tienen los adolescentes acerca de cuáles son los mecanismos de acción, la forma de usarse y de los posibles efectos que pueden traer consigo y de eficacia de estos. Uno de los conceptos importantes dentro de estos factores cognitivos es la autoeficacia, que se define como el grado en que una persona cree que puede realizar un tarea o acción con la finalidad de obtener algún resultado (Bandura, 2001). De este concepto se derivó la autoeficacia anticonceptiva el cual se define como la capacidad que posee el adolescente para conseguir algún método anticonceptivo y poder hacer uso de ellos durante las relaciones sexuales. También se incluye la intención de anticoncepción la cual se define como la posibilidad que tiene el adolescente para utilizar métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales.

Los factores ambientales son aquellos que muestran una relación entre la influencia del ambiente y las características de la persona en donde sus ideas y capacidades a nivel cognitivo se desenvuelven y cambian debido a las influencias del ambiente, del mismo modo se destaca que las características de cada individuo pueden afectar su entorno previo a decir o hacer algo. Este concepto de los factores ambientales está representado por la influencia interpersonal y sociocultural que determina el comportamiento. Las relaciones interpersonales se refieren al grado de relacionarse con la familia, la pareja, amigos que de algún modo favorecen la conducta. De este se deriva la comunicación sexual con los padres que se refiere al intercambio de información de los adolescentes con sus padres acerca de contenidos relacionados a la sexualidad como evitar un embarazo o el uso de anticoncepción y también surge el concepto influencia sexual de pares que se define como los adolescentes perciben el ser popular entre sus amigos o pares a partir de un comportamiento sexual.

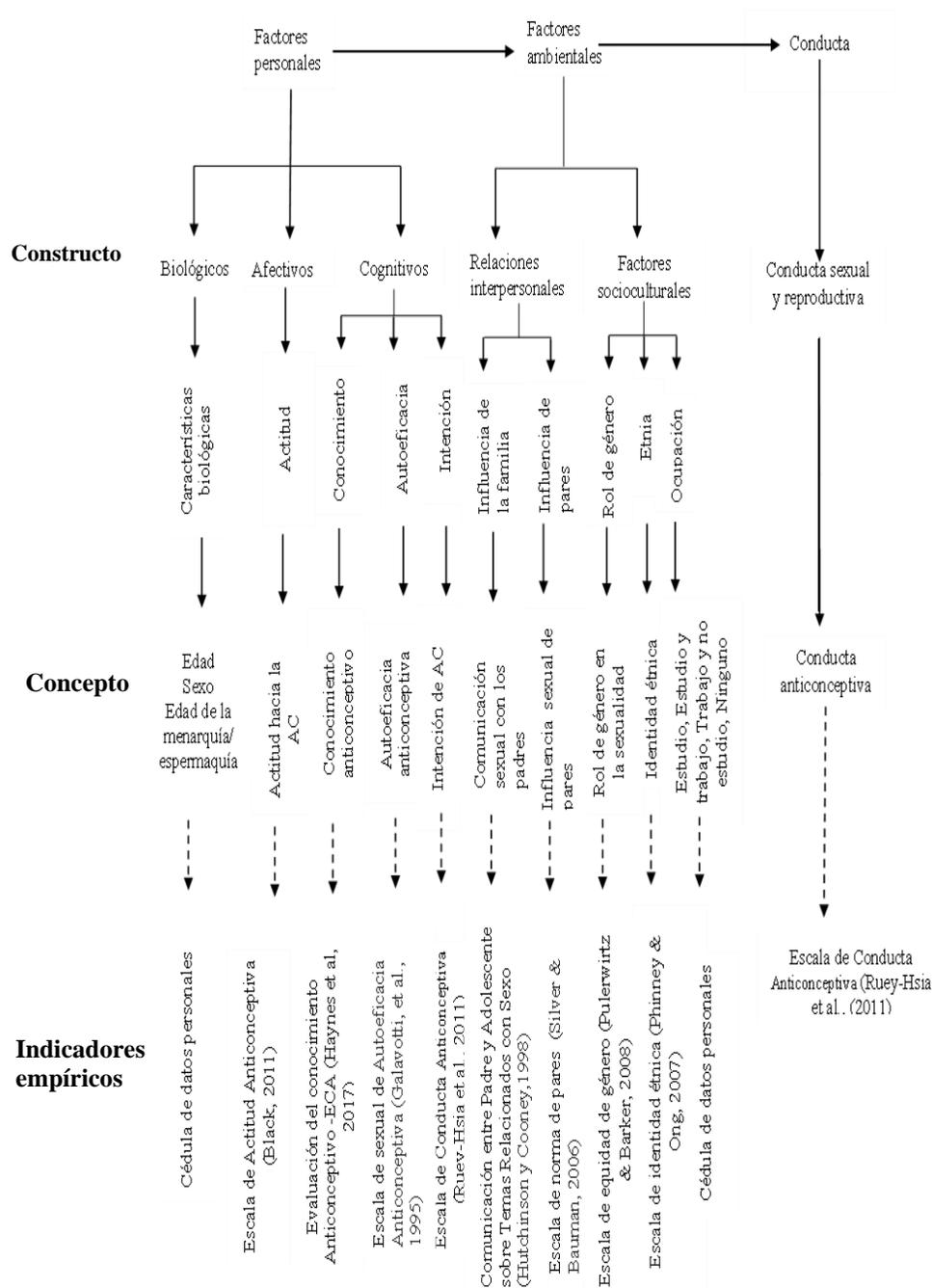
Los factores socioculturales los cuales hacen referencia a ese sistema interrelacionado del ambiente del individuo y sus creencias compartidas que guían o determinan las relaciones mediante los roles en la sociedad, entre los factores ambientales se incluye el rol de género el cual hace referencia a las funciones, expectativas y normas que se espera que cumplan los varones y las mujeres cumplan en la sociedad, los cuales son establecidos social y culturalmente (Saldívar et al., 2015), del cual surge el concepto de rol de género en la sexualidad la cual se refiere a las perspectivas de igualdad en relación con las funciones de la casa, de la vida y en la sexualidad de cada una de las personas en la relación de pareja. Así mismo se deriva la etnia que se refiere al conjunto de personas que comparten un conjunto de rasgos socioculturales y raciales, así como una historia y costumbres, donde los miembros viven unidos por una conciencia de identidad. A partir del mismo surge la identidad étnica, que hace referencia a las características o cualidades de los jóvenes que se manifiestan a través de sentimientos y la participación en actividades en los cuales se identifican como indígenas (Phinney et al., 2007). También se incluye la ocupación que es aquella actividad que desempeña el adolescente.

En el último apartado se presenta la variable resultado que es la Conducta. Bandura (1986) define la conducta como la competencia personal y de control relativa al grado en que se logra realizar una acción. Así mismo, explica que la relación entre los factores personales y los factores ambientales se produce en los intercambios sociales, cuando el individuo considera hacia dónde es probable que le conduzcan sus actos y las consecuencias que puedan traerle. De este concepto se derivan la conducta anticonceptiva que hace referencia al cambio de conducta que hace el adolescente, de usar un método anticonceptivo (figura 2).

Figura 2

Subestructuración del Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas

(Benavides-Torres et al., 2022)

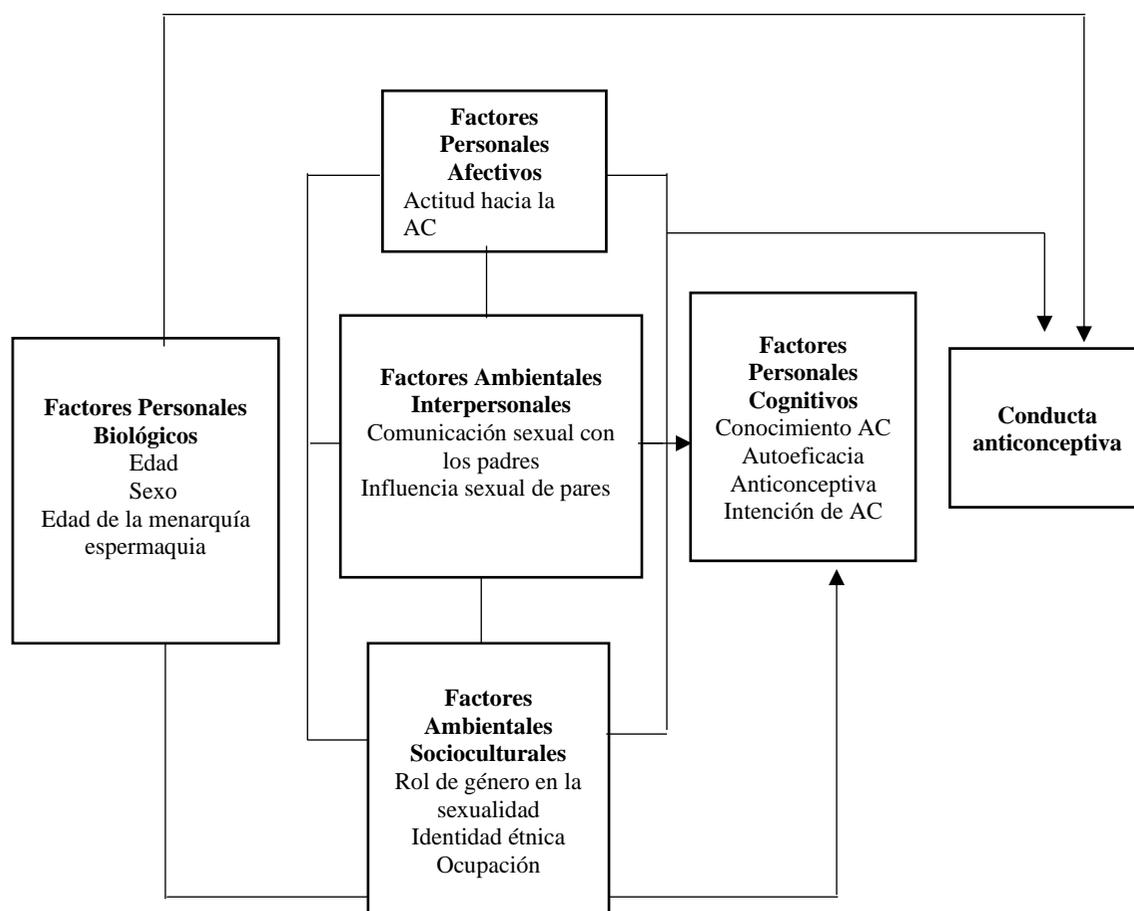


El Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas se refinó para este estudio por medio de una aproximación cualitativa que permitió la descripción del contexto de la intervención, la población, el entorno y la comunidad (ver figura 3).

Figura 3

Estructura del Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas

(Benavides-Torres et al., 2022)



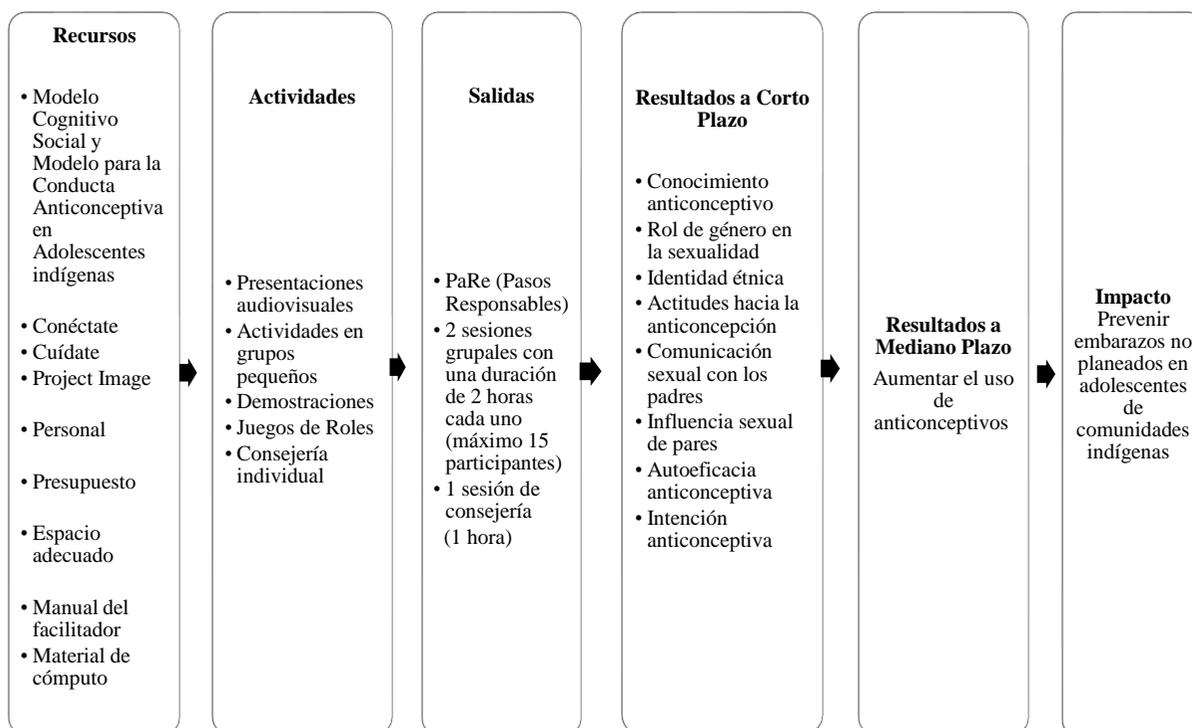
Nota. Relación de los conceptos del Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas

Paso 2: Resultados y objetivos del programa. La principal tarea de este paso consiste en generar el Modelo lógico del Cambio. Esta etapa permite sentar las bases de la intervención. Se utilizó como base un conjunto de matrices a nivel de intervención, participante, intervencionista y comunitario; los cuales combinaron objetivos de

desempeño para cada nivel que llevarán a producir el objetivo del cambio a corto, mediano y largo plazo. Así mismo se identifican las funciones en cada nivel y quién debe realizar el cambio que en otras palabras se convertirán en las metas y objetivos del programa. Las tareas para completar este paso son: a) establecer los resultados esperados para el comportamiento y el entorno; b) especificar los objetivos de desempeño para la conducta y sus determinantes y c) construir el modelo lógico del cambio. A continuación, se presenta el modelo lógico del cambio (figura 4).

Figura 4

Modelo lógico del Cambio de PaRe (Benavides-Torres et al., 2022)



En el Paso 3, se generaron los temas, componentes, alcance y secuencia del programa. Se consideraron los elementos de otras intervenciones que han resultado exitosos para desarrollar esta nueva intervención (figura 5).

Figura 5*Componentes de diferentes intervenciones*

Teoría	Componentes de la intervención	Actividades de las Intervenciones Base	Faltantes
Factores Personales Afectivos	Actitud hacia AC	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 1</i> Actividad D. Aprendiendo sobre Sexo Seguro	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 1</i> Actividad. Aprendiendo sobre Sexo Seguro (adaptarlo para anticoncepción)
		<u>Cuídate</u> <i>Módulo 5</i> Actividad C. Superar las barreras en contra del uso de condón Actividad D. Obstáculos para una conducta comprensiva y afectuosa	<u>Cuídate</u> <i>Módulo 5</i> Actividad C. Superar las barreras en contra del uso de condón (requiere ser adaptado para el uso de métodos anticonceptivos) Actividad D. Obstáculos para una conducta comprensiva y afectuosa (necesario considerar las barreras para el uso de anticonceptivos)
Factores Personales Cognitivos	Conocimiento AC	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 2</i> Actividad A: “Sexualidad en la adolescencia” Actividad B. “Conociendo el ciclo menstrual”	<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 2. Qué previene las ITS y el embarazo no deseado (adaptado sobre anticonceptivos para prevención de los embarazos no deseados)
		<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 2. Qué previene las ITS y el embarazo no deseado.	
	Autoeficacia Anticonceptiva	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 6</i> Actividad D. Aprendiendo a ser asertivo	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 6</i> Actividad D. Aprendiendo a ser asertivo (necesario adaptar en relación con el desarrollo de habilidades para protegerse del riesgo de embarazos)

(Continúa)

Figura 5*Componentes de diferentes intervenciones (Continuación)*

Teoría	Componentes de la intervención	Actividades de las Intervenciones Base	Faltantes
		<u>Cuídate</u> <i>Módulo 3</i> Actividad C. Un romance Actividad B. Cómo decir que “No” (Técnica DIRAS) y Juegos de roles	<u>Cuídate</u> <i>Módulo 3</i> Actividad C. Un romance (adaptar para practicar habilidades de negociación de anticonceptivos). Actividad B. Cómo decir que “No” (Técnica DIRAS) y Juegos de roles
	Intención de AC	<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 8. Tomar decisiones sobre el sexo Actividad 9. Pasos para la toma de decisiones	<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 9. Pasos para la toma de decisiones (adaptación para anticonceptivos)
Factores Ambientales Intrapersonales	Comunicación sexual con los padres	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 3</i> Actividad E. Mi familia <i>Sesión 6.</i> Actividad C. Comunicación en familia	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 3</i> Actividad E. Mi familia <i>Sesión 6</i> Actividad C. Comunicación en familia (ambas actividades requieren ser adaptadas para anticoncepción)
	Influencia sexual de pares	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 3</i> Actividad F. Mis amigos <i>Sesión 5</i> Actividad D. Los dos caminos Actividad E. Resistiendo la presión de amigos	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 3</i> Actividad F. Mis amigos <i>Sesión 5</i> Actividad D. Los dos caminos Actividad E. Resistiendo la presión de amigos (cada de una de las actividades requieren adaptarse para embarazo)
Factores Ambientales Socioculturales	Rol de género en la sexualidad	<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 6. Abuso y relaciones Actividad 7. ¿Por qué las mujeres se conforman con menos?	<u>Project IMAGE</u> <i>Sesión 2</i> Actividad 6. Abuso y relaciones Actividad 7. ¿Por qué las mujeres se conforman con menos? (adaptado considerando riesgo de embarazo)

(Continúa)

Figura 5*Componentes de diferentes intervenciones (Continuación)*

Teoría	Componentes de la intervención	Actividades de las Intervenciones Base	Faltantes
	Identidad étnica	<u>Cuídate</u> <i>Módulo 1</i> Actividad F. Valores culturales	<u>Cuídate</u> <i>Módulo 1</i> Actividad F. Valores culturales (adaptar considerando características de las familias mexicanas de comunidades indígenas)
Conducta	Uso de métodos anticonceptivos	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 1</i> Actividad F. Pasos para la colocación correcta del condón (Video Project IMAGE, demostración de la colocación del condón)	<u>Conéctate</u> <i>Sesión 1</i> Actividad F. Pasos para la colocación correcta del condón (adaptar a métodos anticonceptivos)

En el paso 4 se realizarán las siguientes acciones: a) se debe consultar nuevamente a los participantes considerados para el programa y considerar sus necesidades y preferencias en cuanto al diseño del programa, b) se perfeccionará la estructura y organización del programa de intervención, se crearán los temas, el alcance y la secuencia de las sesiones, c) preparar la lista de los materiales necesarios para el programa, d) revisar los materiales de programas disponibles para realizar ajustes para cumplir con los objetivos, métodos y el cambio de conducta, e) se realizarán los borradores de los manuales del participante y del intervencionista, f) probar y corregir los materiales y g) la realización final de los materiales y manuales de la intervención.

Figura 6

Teoría-Componente-Actividades PaRe (Benavides-Torres et al., 2022)

Teoría	Componentes	Actividad
<ul style="list-style-type: none"> • Factores Personales Cognitivos • Factores Personales Afectivos • Factores Ambientales Intrapersonales • Factores Ambientales Socioculturales • Conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de anticonceptivos • Roles de género en la sexualidad • Identidad étnica • Comunicación sexual con los padres • Influencia sexual de pares • Autoeficacia Anticonceptiva • Intención anticonceptiva • Conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad en la adolescencia (Conéctate) • Conociendo el ciclo menstrual (Conéctate) • Que previene el embarazo (Project Image) • Abuso y relaciones (Project Image) • Porque las mujeres se conforman con menos (Project Image) • Valores Culturales (Cúdate) • Mi familia (Conéctate) • Comunicación en familia (Conéctate) • Resistiendo la presión de los amigos (Conéctate) • Pasos para la toma de decisiones (Project Image) • Un romance (Cúdate) • Cómo decir que “No” Técnica DIRÁS y juego de roles (Cúdate) • Aprendiendo a ser asertivo (Conéctate) • Tomar decisiones sobre el sexo (Project Image) • Uso de métodos anticonceptivos (Conéctate) • Pasos para la colocación correcta del condón (Conéctate)

El paso 5 se centra en la adopción y ejecución del programa. Aunque las consideraciones en relación con el programa se revisan en este paso. El paso requiere el proceso de desarrollo de matrices igual que el del Paso 2, a diferencia que estas matrices se desarrollan con objetivos de rendimiento de adopción e implementación adyacentes a

determinantes personales y externos. La vinculación de cada objetivo de rendimiento con un determinante produce un objetivo de cambio para promover la adopción y el uso del programa. A continuación, estos objetivos se ponen en práctica utilizando métodos y estrategias para elaborar planes teóricos de adopción y aplicación. El producto de la etapa 5 es un plan detallado para lograr la adopción e implantación del programa influyendo en el comportamiento de los individuos o grupos que tomarán las decisiones sobre la adopción y el uso del programa.

En el Paso 6, el planificador completa las siguientes tareas: a) revisión del modelo lógico del programa para la orientación de las preguntas de evaluación, b) redactar preguntas de evaluación de efectos en base a los objetivos de salud, comportamiento del programa, c) redactar las preguntas de evaluación en relación con las matrices de cambio de comportamiento, e) redactar las preguntas de evaluación para garantizar la idoneidad de los métodos, componentes e implementación del programa, f) desarrollar indicadores y medidas para la evaluación y g) especificar el diseño de la evaluación.

Estudios Relacionados

Para conocer el estado del fenómeno de interés se realizó una revisión de literatura que se describe por apartados iniciando por estudios de las variables del Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas, seguido de estudios de intervenciones que han sido eficaces para incrementar el uso de métodos anticonceptivos, es importante mencionar que se consideraron estudios realizados en áreas rurales y estudios piloto de adaptaciones de intervenciones efectivas.

Edad

Haley et al., (2012) identificaron los factores personales, ambientales y de comportamiento que predicen el uso del condón en un estudio transversal, descriptivo, correlacional y comparativo en 631 adolescentes de 13 a 19 años inscritos en tres distritos en el noreste de Estados Unidos. Reportaron que a mayor edad menor es la

probabilidad de usar protección ($OR = .78$, $IC\ 95\% = .63, .96$), los jóvenes fueron más propensos a utilizar condones ($OR = 3.17$, $IC\ 95\% = 1.93, 5.21$) a diferencia de las mujeres ($OR = 2.45$, $IC\ 95\% = 1.69, 3.67$).

Murad et al., (2018) con el objetivo de analizar los determinantes de mayor contribución en el embarazo y la maternidad en adolescentes de 13 a 19 años utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. En los resultados se mostró que las adolescentes de mayor edad ($DE = 0.02$; $p < .001$), las que se encontraban trabajando ($DE = 0.09$; $p < .001$) presentaron mayores posibilidades de hacer uso de los métodos anticonceptivos. Así mismo las adolescentes que están en desacuerdo con la entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años como parte del proceso educativo para la sexualidad ($DE = 0.07$; $p < .001$) y las que no están de acuerdo que las niñas y niños de entre 12 a 14 años reciban educación de cómo utilizar un condón ($DE = 0.13$; $p < .001$) tienen menos probabilidad de usar anticonceptivos.

Rodríguez-Vignoli, (2021) examinó la forma en que se combinan los métodos anticonceptivos y el efecto que tienen sobre la probabilidad de que los adolescentes tengan hijos a partir de los datos de la Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018 de Chile. Los hallazgos mostraron que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se redujo con la edad, 15 años ($DE = 0.05$; $IC\ 95\% : 0.79, 1.00$), 16 años ($DE = 0.05$; $IC\ 95\% : 0.67, 0.86$), 17 años ($DE = 0.02$; $IC\ 95\% : 0.85, 0.95$), 18 años ($DE = 0.03$; $IC\ 95\% : 0.78, 0.89$) y 19 años ($DE = 0.02$; $IC\ 95\% : 0.77, 0.86$). Del mismo modo se encontró una relación positiva entre la edad de la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos ($OR = 1.43$; $IC\ 95\% : 1.25, 1.65$).

Ekholuenetale et al., (2021) en el estudio para examinar el inicio de uso de anticonceptivos y los factores asociados mediante datos secundarios en Nigeria en mujeres de 15 a 49 años, mostraron que el 26% de las participantes que residieron en población rural tenían menores posibilidades de usar métodos anticonceptivos a diferencia de la zona urbana ($OR = 0.74$; $IC\ 95\% : 0.65-0.84$). Así mismo las mujeres con

edad mayor o con más educación formal, tienden a tener más oportunidades de utilizar anticonceptivos a comparación de las participantes sin educación formal o de 15 a 19 años ($p < .001$).

Sexo

Ballinas et al., (2012) en un estudio que analizaba las condiciones y comportamientos sexuales de los jóvenes de 15 a 24 años de 36 diferentes municipios con grados de marginación de Chiapas, México. Se trató de un análisis descriptivo que utilizó datos de la Encuesta para el diagnóstico sobre las necesidades socioeconómicas de Chiapas. Se incluyeron un total de 2,546 participantes, de los cuales el 48% de los hombres y el 39% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales, relacionado al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, el condón fue el más utilizado con el 96% en hombres y el 67% en mujeres.

Thao et al., (2020) en un estudio realizado en Estados Unidos con el objetivo de comprender las actitudes anticonceptivas en 344 estudiantes de 19 a 33 años, el 81% de los participantes eran solteros, el 67% ya había tenido relaciones sexuales de los cuales el 36% utilizó el condón, por lo que el anticonceptivo de mayor uso en la última relación sexual fue el condón con el 41%, seguido del coito interrumpido con el 36%. Así mismo en los modelos de regresión que analizaron las puntuaciones de las actitudes y creencias anticonceptivas se encontró que el sexo fue estadísticamente significativo ($p < .001$) y las jóvenes tenían más probabilidades de tener actitudes positivas hacia la anticoncepción en comparación con los hombres.

Parker et al., (2019) en el estudio que realizaron examinan la asociación entre el uso de anticonceptivos, las razones auto informadas para no usar anticonceptivos y la comunicación con el personal de salud, familiares, profesores y compañeros, en 287 adolescentes 15 a 29 años de dos comunidades semirurales de Nicaragua. Los resultados mostraron que en los participantes sexualmente activos hubo diferencias según el sexo con relación al método utilizado por el participante o su pareja ($p < .001$), más en los

hombres con el 65 % que en las mujeres con el 35 % manifestaron que los condones era el método principal que utilizaban, mientras que el 35 % de las mujeres informaron que no usaron anticonceptivos en comparación con los hombres 12.3%. En relación con la falta de uso de anticonceptivos los hombres fueron más propensos que las mujeres a manifestar que sus parejas se negaban a usar anticonceptivos (40% frente a 18%; $p < .02$).

Ocupación

Hosseini- Hooshyar et al., (2018) determinaron la prevalencia y correlaciones del uso de condón en 633 participantes de 19 a 29 años a nivel nacional en Irán. Se reportó que la media de edad de la primera relación sexual en los hombres fue de 19 ($DE= 3.3$) y en las mujeres 20.2 ($DE= 3.2$; $p < .001$). El 77% de los participantes fueron hombres, el 48% tenía un trabajo gubernamental, tenían un diploma 40%. Con relación al uso de condón en la última relación sexual el 35% utilizó condón, del mismo modo el uso fue mayor en los participantes que tenían un trabajo gubernamental o trabajo propio 43% frente a 24% personas desempleadas. En el análisis multivariado se demostró que aquellos participantes con un estado laboral más estable tenían 86% más posibilidades de usar condón que los que no tenían un empleo ($OR = 1.86$, $IC\ 95\%:1.01, 3.43$). Además, los que poseían mayor conocimiento sobre el uso del condón tenían el 57% más probabilidad de usar anticonceptivos ($OR = 1.57$, $IC\ 95\%:1.03-2.37$).

Edad de la menarquia y espermaquia

Cheong et al., (2015) en su estudio para explorar la relación entre la edad de la menarquia y algunos comportamientos sexuales en 17867 mujeres, los resultados mostraron que la edad de la menarquia resultó ser un riesgo mayor para iniciar relaciones sexuales ($OR = 2.35$, $IC\ 95\% = 1.65- 3.36$), tener relaciones sin protección ($OR = 1.92$, $IC\ 95\% = 1.06- 3.46$) y el embarazo ($OR = 5.72$, $IC\ 95\% = 2.31-14.15$).

Lee et al., (2017) en su estudio evaluaron el efecto de la primera eyaculación con el riesgo y los comportamientos sexuales en adolescentes coreanos. Se encontró que la primera eyaculación mostró una asociación positiva con las relaciones sexuales ($OR = 3.27$, $IC\ 95\% = 2.56- 4.17$), con el debut sexual ($OR = 7.45$, $IC\ 95\% = 5.00- 11.10$) y con haber tenido una ITS ($OR = 6.60$, $IC\ 95\% = 3.94-11.08$).

Sreedevi et al., (2022) realizaron un estudio para conocer el uso de anticonceptivos y sus determinantes, el conocimiento sobre los anticonceptivos en 2495 mujeres de 15 a 49 años en un grupo tribal de Wayanad en Kerala, India. Los hallazgos mostraron que los determinantes del uso actual de anticonceptivos mostraron que la edad de la menarquía >13 años ($OR = 1.69$, $IC\ 95\%: 1.14- 2.52$; $p < .001$) y la pertenencia a la tribu Paniya tuvieron un uso significativamente mayor de anticonceptivos ($OR = 2.67$, $IC\ 95\%: 1.49- 4.77$; $p < .001$).

Actitud hacia la anticoncepción

Caudillo, (2016) desarrolló y evaluó un modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años estudiantes en Monterrey, Nuevo León. Donde los resultados reportaron que el anticonceptivo más utilizado fue el condón con 65.1%, anticoncepción oral 26.2%, pastillas 23.1%, método del ritmo 16.3% y el dispositivo intrauterino con el 4.1%. En cuanto al uso de anticonceptivos el 53.6% usaban algún método anticonceptivo, del mismo modo se encontró que las que mostraron actitudes anticonceptivas positivas tuvieron una mejor conducta anticonceptiva ($r = -.41$, $p < .001$). Tomando como variable dependiente la conducta anticonceptiva se encontró asociación con las actitudes ($B = -1.60$; $p < .001$).

Ramirez-Espinobarros (2021) en un estudio tuvo como objetivo determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudio y la actitud en la conducta anticonceptiva en 145 mujeres indígenas del estado de Guerrero, México, donde se reportó que el uso actual de anticonceptivos fue del 47.6%, los anticonceptivos más utilizados fueron el condón masculino con el 52.2%, las inyecciones 18.8% y el coito

interrumpido 17.40%. En cuanto a la actitud anticonceptiva, esta tuvo un efecto grande y negativo en la conducta anticonceptiva ($B = -.77, t = - 5.47, p < .001$).

Sanz et al., (2021) en el estudio se estimó el efecto de una intervención educativa entre pares para mejorar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos y las actitudes hacia su uso en 116 estudiantes de entre 18 y 25 años de una universidad en España. Los resultados mostraron que el 81% de los participantes manifestaron haber tenido relaciones sexuales, donde la edad media de la primera relación sexual fue de 16.53 años ($DE \pm 1.23$). En lo que refiere a las actitudes de los participantes antes de la intervención fue de 45.02 ($DE = 5.22$) y posterior al programa fue de 46.28 ($DE = 3.32$) puntos con un progreso del 2.17%, la cual resultó ($Z = -3.78, p < .001$; Delta: 0.14).

Conocimiento anticonceptivo

Agyemang et al., (2019) en un estudio con el objetivo de identificar la magnitud y los factores asociados que influyen en el uso de anticonceptivos entre la población de Atwima Kwanwoma, perteneciente a una región de África. La muestra estuvo conformada por 200 mujeres adolescentes de 16 a 19 años. Respecto a los hallazgos en relación con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos el 95% de los participantes conocía sobre métodos anticonceptivos y mencionaron al menos un método y conocían sus beneficios. En relación con el método anticonceptivo más conocido se encontró que el condón es el anticonceptivo más conocido con el 30%, seguido de los inyectables con el 25% y sólo el 5% conocía el DIU. En lo que respecta al uso de anticonceptivos el 82% no usaba anticonceptivos, de los cuales el 33.3% usaban condones, el 11.1% pastillas. En lo que respecta a la asociación de las características sociodemográficas y el uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas, se encontró que estado civil ($X^2 = 9.56; p < .02$) y la persona con la que el participante se queda ya sea solo, ambos padres, sólo con el padre o con su pareja ($X^2 = 17.02; p < .001$).

Ahmed et al., (2017) en el estudio realizado para determinar el conocimiento general, el nivel de uso, así como los factores que afectan el uso de anticonceptivos en 300 estudiantes de entre 16 a 25 años de una Universidad en Nigeria, reportando que el 55% de los participantes pertenecían a la tribu Hausa, el 26% por Yoruba, el 13% Igbo y otros con el 19%. En relación con los métodos anticonceptivos el 87.6% definió el uso de anticonceptivos para prevenir embarazos, el 9.3% lo consideran como interrupción del embarazo y el 4% para mejorar la capacidad sexual. En lo que respecta con los tipos de anticonceptivos que conocían el 98% mencionó los preservativos y pastillas, inyectables el 82.3%, implantes el 49%, DIU el 60.3% y el 83.3% la abstinencia. Los participantes mencionaron que el 93% obtuvo la información de anticoncepción por medios de comunicación, internet, y a través de sus compañeros, a través de los padres sólo el 3% y por parte de los trabajadores sanitarios el 4%.

Sánchez-Meneses et al., (2015) con el objetivo de examinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en 120 adolescentes de 15 a 19 años en un centro de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, México. Los resultados mostraron que el método más conocido fue el condón masculino 100%, seguido de los hormonales 87.5% y condón femenino con 85.8%. El 60.8% tuvo un nivel de conocimiento medio y el 23.3% bajo, los medios por los cuales recibieron información sobre cómo utilizar los anticonceptivos el 37.5% a través de los docentes y 31.7% por medio del personal de salud. En cuanto al uso el método más usado fue el condón masculino con el 65.2%, seguido de los hormonales orales 13.6%.

Pérez y Sánchez, (2020) realizaron un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en 158 adolescentes de comunidades rurales de 15 a 19 años. En los resultados se mostró que el nivel de conocimiento sobre planificación familiar determinado con el cuestionario reflejó un nivel alto con el 27.2%, medio 38.6% y bajo con el 31% y nulo con el 3.2%. Así mismo se reportó un incremento sobre el conocimiento de planificación familiar con

la edad, a los 15 años resultó alto con 26.8% y medio en 21.9%, a los 16 años alto en 25% y medio en 40%, a los 17 años alto en 21.6% y medio en 44.9%; a los 18 años alto en 24% y medio en 56%; y a los 19 años, alto con el 53.3% y medio en 33.3% ($p = 0.03$), mostrando así que a mayor edad mayor será el conocimiento sobre la anticoncepción.

Comunicación sexual con los padres

Melaku et al., (2014) en un estudio que tenía como objetivo de explorar el efecto de la comunicación entre padres y compañeros sobre temas de salud sexual reproductiva (SSR) en el conocimiento de los métodos anticonceptivos en 807 mujeres de 13 a 21 años, el 87 %, la edad promedio de los participantes fue de 16.55 años, respecto a platicar temas de salud sexual y reproductiva con los padres y compañeros en los últimos seis meses el 43.5% lo hicieron y el 61.1% con sus pares. En comparación con los grupos de edad más jóvenes, una proporción mayor 70.3% del grupo de edad de 18 a 21 años discutieron temas de SSR con sus compañeros. En la regresión logística mostró que la discusión sobre temas de SSR con los padres ($OR = 2.56$, $IC\ 95\%: 1.45, 4.50$) y sus pares ($OR = 2.46$, $IC\ 95\%: 1.50, 4.03$) se asoció significativamente con el conocimiento de los participantes sobre los métodos anticonceptivos.

Influencia sexual de pares

Mollborn et al., (2013) estudiaron la comprensión de las normas sobre el embarazo y su relación con los comportamientos sexuales de 3,879 adolescentes, de los que se obtuvo una diferencia significativa ante la posibilidad de un embarazo 68% y el 71% de las participantes reportaron sentirse avergonzadas, los niveles de timidez en la escuela reducen significativamente la posibilidad de las relaciones sexuales en varones ($\beta = -1.58$) y aumenta el uso del condón. Así mismo existió relación entre las normas de pares contra el embarazo y la probabilidad de tener sexo para hombres y mujeres, con mayor magnitud en los hombres ($\beta = -.92$).

Saftner et al., (2019) en el estudio examinó la comunicación de la pareja sexual entre los jóvenes indios americanos con experiencia sexual en 739 estudiantes de 15 a 19

años, donde el 54% de los participantes se identificaron como indios americanos, en relación a los resultados se mostró que aquellas participantes que hablaban acerca de la prevención de ITS al menos una vez con sus parejas sexuales tenían mayores probabilidades de usar condón ($OR = 1.6$, $IC\ 95\% :1.0, 2.5$; $p < .05$) o métodos anticonceptivos confiables en la última relación sexual ($OR = 1.8$, $IC\ 95\%:1.0, 3.1$; $p < .05$) y tenían casi tres veces posibilidad de usar un método dual ($OR = 2.8$, $IC\ 95\%:1.1, 7.0$; $p < .05$). Del mismo modo en los varones que hablaron sobre la prevención de ITS al menos una vez con sus parejas sexuales tuvieron el doble de posibilidades de usar condón en su última relación sexual en comparación con aquellos en la que la comunicación fue inconsistente ($OR = 2.5$, $IC\ 95\%:1.6, 3.8$; $p < .001$)

Calhoun et al., (2022) en su estudio para explorar la influencia de las percepciones del uso de anticonceptivos por parte de los pares en el uso de métodos anticonceptivos y el tipo de anticonceptivo utilizado entre mujeres y hombres con experiencia sexual. La muestra estuvo conformada por 2470 jóvenes de 15 a 24 años, en relación con los resultados el 42% de los participantes informaron que la mayoría de sus pares usaban planificación familiar para evitar un embarazo o protegerse de las ITS. Del mismo modo los hombres que utilizaban condón el 54% creía que la mayoría de sus pares usaban PF y el 36% de los que usaban un anticonceptivo moderno y el 35% de los que no lo utilizaban percibían que la mayoría de sus pares usaban anticonceptivos. Las jóvenes el 58% usaban condones, se encontró una asociación significativa ($p < .001$) entre las percepciones del uso de PF de los pares y el uso actual de anticonceptivos y la elección entre hombres y mujeres. Las mujeres percibían que la mayoría de sus pares usaban anticonceptivos fueron más propensas a usar condones a comparación con otro método moderno ($RRR= 1.71$, $p < .001$). De la muestra de las mujeres el método moderno en comparación de no utilizarlo ($RRR= 1.12$, $p < .001$ y $RRR= 4.53$, $p < .001$).

Rol de género en la sexualidad

Ahinkorah et al., (2020) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre la capacidad de toma de decisiones sobre salud reproductiva de las adolescentes y el uso de anticonceptivos utilizando los datos de las Encuestas Demográficas, centrándose en adolescentes de 15 a 19 años de 32 países de África subsahariana. Los resultados mostraron que el 53.65% (IC 95%, 45.27-62.03) de las adolescentes pedían a sus parejas el uso del condón en las relaciones sexuales. Del mismo modo el 68.66% (IC 95% 62.03-75.29) de las participantes tuvieron la capacidad de tomar decisión respecto a su salud reproductiva. En lo que se refirió al uso de anticonceptivos en la capacidad de decisiones sobre salud sexual, las adolescentes de 19 años tenían mayor proporción de uso de anticonceptivos con el 21.8% comparado con las de 15 años con el 6.2%. En la prueba de regresión se mostró que las adolescentes que tenían la capacidad de tomar decisiones sobre salud sexual tenían más probabilidades de usar anticonceptivos ($OR = 2.70$, IC 95%:2.44, 3.00, $p < .001$). En relación con la zona de residencia las adolescentes de zonas rurales tenían menos posibilidades del uso de anticonceptivos en comparación con las de áreas urbanas ($OR = 0.78$, IC 95%:0.69, 0.89, $p < .001$).

Identidad étnica

Meneses-Tirado, (2018) realizó un estudio para determinar la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales en la conducta sexual segura de 419 adolescentes nahuas de 15 a 19 años en Puebla, México. Los resultados mostraron que la identidad étnica se asoció significativamente con el uso del condón y embarazo ($r_s = -.17$, $p < .001$), con la intención del preservativo ($r_s = .17$ $p < .001$). También se mostró que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ($\beta = .20$, $t = 5.50$, $p < .001$), a mayor identidad étnica ($\beta = .22$, $t = 6.70$, $p < .001$).

Ma et al., (2014) con el objetivo de examinar las asociaciones entre los valores culturales y los factores de riesgo sexual en 226 adolescentes de origen étnico de 13 a 16 años. Donde se reportaron asociaciones significativas, es decir entre mayor orientación cultural, mayor autoeficacia sexual ($r^2=.26, p <.001$) y para la autoeficacia en el uso del condón ($r^2=.20, p <.001$). Así mismo la orientación cultural se asoció con el uso del condón ($\beta=.19, p <.001$).

Autoeficacia anticonceptiva

Villalobos et al., (2017) describieron el comportamiento sexual y las variables asociadas con el uso de anticonceptivos en 3824 adolescentes de 15 y 18 años, los resultados mostraron que el 36.2% había iniciado su vida sexual de ese porcentaje el 45% fueron hombres y 28% mujeres. El 17% de los adolescentes que no iniciaron vida sexual y 12% que eran sexualmente activos reportaron una baja autoeficacia respecto al uso y negociación del condón. Así mismo en las adolescentes sexualmente activas debido a la baja autoeficacia respecto al uso de anticonceptivos y negociación del condón influye para que presenten necesidades insatisfechas ($RM = 3.5, IC 95\%: 1.3-9.4$).

Caudillo et al., (2015) identificaron la relación que existe entre la autoeficacia para la anticoncepción y la conducta anticonceptiva en 220 mujeres de 18 a 24 mujeres, el 65% de las participantes reportaron tener una vida sexual activa, así mismo se encontró que la autoeficacia para la conducta anticonceptiva y la conducta anticonceptiva se relacionaron significativamente ($B = .275 p <.001$).

Intención de anticoncepción

Eggers et al., (2016) se encargaron de analizar los predictores sociocognitivos de uso del condón e intenciones entre adolescentes mediante modelos de ecuaciones estructurales evaluaron que las normas subjetivas y la autoeficacia pronostican las intenciones del uso del condón. No obstante, no se encontraron diferencias significativas, las intenciones pueden explicarse por las actitudes, normas subjetivas y la autoeficacia.

Wang et al., (2004) realizaron un estudio con el objetivo de examinar los factores que están relacionados con la intención anticonceptiva en 1000 participantes de 16 a 20 años, en cuanto a los hallazgos se mostró que los participantes de 19 y 20 años tenían la intención anticonceptiva más baja. El índice de puntaje para la intención anticonceptiva fue de 76.63, mostrando una alta intención anticonceptiva, lo cual se traduce como una alta probabilidad de utilizar anticonceptivos en las relaciones sexuales. En relación con la autoeficacia anticonceptiva, se obtuvieron puntajes altos al negarse a tener relaciones sexuales. Del mismo modo se obtuvo que una mayor autoeficacia anticonceptiva, mayor percepción del comportamiento anticonceptivo de los compañeros, una mayor percepción de apoyo de otras personas significativas, un mejor conocimiento anticonceptivo y una mejor actitud anticonceptiva se relacionaron con una mayor intención anticonceptiva.

Asmamaw et al., 2022 en el estudio para identificar los factores que afectan la intención de usar anticonceptivos en 334, 386 mujeres casadas de 33 países de África. Dentro de los resultados se encontró que la intención de usar anticonceptivos entre mujeres de edad reproductiva de 15 a 24 años ($p < .001$) y de 25 a 34 años ($p < .001$), fueron 4.35 y 3.12 veces superiores de las mujeres de 35 a 49 años, respectivamente. La intención de usar anticonceptivos entre las mujeres que completaron la escuela primaria o secundaria y superior fue del 67% ($p < .001$) y 88 % ($p < .001$) veces mayor que aquellos que no tenían ningún tipo de educación, respectivamente. La intención de usar anticonceptivos fue de 22% mayor entre mujeres que tenían trabajo que sus contrapartes ($p < .002$). La intención de recibir anticonceptivos entre las mujeres de clase media y rica fue del 10% ($p < .001$) y 21% ($p < .001$) superior en comparación con las categorías de riqueza pobre, respectivamente. La posibilidad de intención de usar anticonceptivos modernos fue del 51% ($p < .05$) mayor entre las mujeres que tenían menos de cuatro hijos en número ideal que sus opositores. La probabilidad de intención de usar

anticonceptivos fue del 38% ($p < .05$) mayor entre las mujeres residentes rurales en comparación con las mujeres residentes urbanas.

Conducta anticonceptiva

Hubert et al., (2020), en un estudio con 9,854 mujeres de 15 a 49 años provenientes de comunidades rurales y urbanas y población indígena en México, con el fin de describir el uso de condón en la primera y última relación sexual, mostraron que el 10.8 y 6.7% de las mujeres indígenas utilizaron el método en la primera y última relación sexual en comparación con las mujeres no indígenas con 29.4 y 17.9% ($p < .001$). Es decir que las mujeres indígenas tuvieron 31.5% menores posibilidades de usar condón comparado con las no indígenas ($RP = 0.69$, $IC95\%$: 0.5, 1.0).

Abiodun, (2015) en un estudio con 5318 estudiantes de 15 a 42 años con el objetivo de correlacionar la asociación entre los factores sociodemográficos, el conocimiento y la percepción sobre el Anticonceptivo de Emergencia (AE) con la aceptación y la no aceptación de la AE entre estudiantes universitarias en Nigeria. En los resultados se mostró que el 72.6% era consciente de la AE, el 56 % tenía un buen conocimiento, y el 74.6% tenía la percepción de que la AE es eficaz y el 72.4% fácil de usar. También se mostró que el uso de la AE se asoció con una edad superior a los 19 años la ($p < .001$), vivir en una zona rural ($p < .001$), así como un buen conocimiento sobre el AE y la percepción de que es eficaz y fácil de usar se asociaron de manera significativa con la aceptación ($p < .001$). En cuanto al análisis logístico multivariado el uso de la AE se predijo por tener 19 años o menos ($OR = 3.19$), radicar en área rural ($OR = 4.24$), percepción de que es eficaz ($OR = 2.22$) y fácil de usar ($OR = 3.19$),

Ríos et al., (2017) en su estudio para identificar los factores relacionados con el uso de anticonceptivos en 7049 mujeres de 15 a 49 años provenientes de áreas con bajos recursos económicos de Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y en el caso de México, el estado de Chiapas. En cuanto a los resultados se reportó que el 54.8%

pertenecían a la etnia indígena, con respecto a las razones para no utilizar anticonceptivos fueron las creencias de los efectos secundarios con 44.4%, ($p < .01$; $IC\ 95\%: 41.0, 47.9$), el desconocimiento de algún anticonceptivo con el 32.3% ($p < .001$; $IC95\%: 29.5, 35.2$), razones religiosas, culturales y sociales para no estar a favor del uso de anticonceptivos con el 20.6%. Del mismo modo aquellas mujeres que sus hogares se establecían lejos de un centro de salud ($OR = 0.75$, $IC95\% 0.59-0.96$) y de hogares con extrema pobreza ($OR = 0.71$, $IC95\%: 0.58, 0.86$) tenían menores probabilidades de usar anticonceptivos. La pertenencia a una etnia indígena disminuyó la posibilidad de uso de anticonceptivos en un 50% ($OR = 0.50$, $IC 0.39-0.64$).

Síntesis de estudios relacionados de las variables del modelo

Los estudios relacionados mostraron que a mayor edad de los adolescentes existe mayor probabilidad de hacer uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, dos estudios mostraron lo contrario es decir que los adolescentes con menor edad mostraron mayores posibilidades de anticoncepción, así mismo se ha encontrado relación entre la edad de la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos. Con respecto al uso de anticonceptivos por sexo se destacó que los hombres son más propensos a utilizar anticonceptivos a comparación de las mujeres, siendo el condón el método más utilizado. Se evidenció que la edad de inicio de la menstruación y espermaquia están relacionadas con el inicio de vida sexual y a tener relaciones sexuales sin protección. Así mismo dos estudios mostraron que las actitudes positivas de los adolescentes han demostrado una mejor conducta anticonceptiva, así mismo dos estudios reportaron que los adolescentes han reportado un nivel de conocimiento medio y el método anticonceptivo más conocido por los adolescentes es el condón, seguido de las pastillas anticonceptivas e inyectables.

En lo que refiere a la comunicación sexual con los padres y los pares los estudios mostraron que existe una relación con el uso de anticonceptivos, debido a que los participantes que hablaban con sus parejas en relación con las Infecciones de Transmisión Sexual y sobre planificación familiar tuvieron mayor probabilidad de usar

condón o algún anticonceptivo. Aunado con lo anterior dos estudios mostraron que la identidad étnica se asoció con el uso del condón, al igual que los participantes con baja autoeficacia anticonceptiva y la negociación del condón se ve afectada con el uso de anticoncepción.

Intervenciones eficaces para incrementar el uso de anticonceptivos

Andrade et al., (2009) realizaron un estudio con el fin de evaluar cambios en el comportamiento sexual en 1115 adolescentes de 10 a 19 años de sexto a octavo grado que participaron en el PEAS Belg un programa de educación en escuelas públicas en cuatro de cinco municipios de Minas Gerais, Brasil, el cual fue evaluado a través de un pretest y postest, los hallazgos mostraron un aumento en el uso de preservativos en los encuentros sexuales del 59% al 70%, en el uso de condones con una pareja ocasional aumentó el doble después de la intervención entre los estudiantes del programa. Así mismo un aumento en el uso de condones en los adolescentes mayores con relación a los más jóvenes ($OR = 1.39$; $IC\ 95\%: 1.01-1.91$).

Coyle et al., (2006) evaluaron el impacto a corto y a largo plazo de All4You!, intervención que tenía como objetivo disminuir el número de estudiantes que tienen relaciones sexuales sin protección, el estudio se realizó en estudiantes de 14 a 18 años de escuelas comunitarias, el programa se entregó en nueve sesiones con un total de 13.5 horas, los contenidos incluían factores de riesgo y protección en relación con los comportamientos sexuales. En lo que respecta a los resultados se evidenció que a los seis meses de seguimiento el grupo intervención reportó mayor uso de condón en la última relación sexual ($OR = 2.12$; $IC\ 95\% [1.24, 3.56]$; $p < .05$), así mismo menor frecuencia de relaciones sexuales sin condón en los últimos 3 meses ($OR = -1.09$; $IC\ 95\% DE .36$; $p < .05$) y mayor conocimiento de condón a los 6 y 18 meses ($OR = 0.055$; $IC\ 95\%$; $DE\ 0.02$; $p < .05$; $OR = 0.060$; $IC\ 95\%$; $DE\ 0.03$; $p < .05$).

Coyle et al., (2013) evaluaron el impacto a corto y a largo plazo de All4You!2 el cual pretendía prevenir el VIH/ITS y embarazo teniendo como base el aprendizaje de

habilidades, el cual se realizó en 765 jóvenes de nivel secundaria en el norte de California, los autores reportaron que en el grupo intervención reportó menos probabilidades de tener relaciones sexuales vaginales sin condón ($OR = 0.58, p = .04$) a los 6 meses, menos frecuencia de tener relaciones sexuales, pero no hubo significancia con el grupo de comparación ($p < .01$), así mismo mostraron niveles más altos de autoeficacia de rechazo, pero sin datos significativos. Finalmente, a los 18 meses de seguimiento el grupo control fueron menos propensos a colocarse en situaciones de riesgo ($p < .05$).

Kaljee et al., (2005) en un estudio para probar la eficacia de un programa de prevención del VIH en 480 adolescentes de 15 a 20 años, el programa consistió en 10 sesiones una vez por semana con una duración aproximadamente de dos horas, los resultados mostraron mayor autoeficacia para el acceso y uso de condones, las puntuaciones de los jóvenes de la intervención aumentaron de 2.35 al inicio a 5.46 después de la intervención y 4.69 a los seis meses, en ambos postintervención ($F_{1, 462} = 24.65, p < .001$) y a los 6 meses ($F_{1, 460} = 8.09, p < .001$). En relación si al tener relaciones sexuales, usaría un condón hubo un aumento en el porcentaje de edad de los jóvenes de intervención que probablemente usarían condón desde el inicio 30.8% a la postintervención 57.4% y a los seis meses de seguimiento 53.9%. Estos aumentos resultaron significativos en comparación con los jóvenes del grupo control tanto después de la intervención ($F_{1, 459} = 12.81, p < .001$) y el seguimiento a los seis meses ($F_{1, 459} = 7.82, p < .001$).

Jemmott et al., (2010) probaron la eficacia de " Be Proud! ¡Sé responsable!" Intervención para la reducción del riesgo de VIH/Enfermedades de Transmisión Sexual cuando son implementadas por organizaciones comunitarias (OBC) en adolescentes afroamericanos de 13 a 18 años $n = 863$ en el grupo de intervención y $n = 844$ en el grupo control, la media de edad de la muestra de seguimiento fue de 14.8 años $DE = 0.4$. Los hallazgos en relación con el uso constante de condones en promedio durante las tres

evaluaciones de seguimiento los participantes del grupo intervención mostraron un porcentaje mayor a comparación del grupo control de promoción de la salud.

Taylor, (2014) en un estudio realizado para evaluar el efecto de un programa de intervención en 816 estudiantes de secundaria en KwaZulu, Sudáfrica, los hallazgos arrojaron que el grupo experimental tenía más probabilidades que el grupo de control de usar el preservativo ($B = 0.98 \pm DE 0.37; p < 0.01$). Los dos grupos no se diferenciaron significativamente en cuanto a consistencia del uso del preservativo.

Tortolero et al., (2011) realizaron un estudio en estudiantes de secundaria en un distrito escolar urbano de bajos ingresos en el sureste de Texas. Los estudiantes de séptimo grado fueron reclutados y seguidos hasta el noveno grado, en cuanto a los hallazgos el 29.9 %, de los que estaban en el grupo control iniciaron relaciones sexuales en noveno grado en comparación con el 23.4 %, con el grupo de intervención. Asimismo, los estudiantes en la condición de comparación tenían 1.29 veces más probabilidades de iniciar relaciones sexuales en el noveno grado que aquellos en la condición de intervención.

Vayngortin, (2020) en su estudio evaluó la aceptación de los métodos anticonceptivos de acción prolongada después de una intervención educativa entre 79 adolescentes de 14 a 21 años en un hospital urbano de Oakland, California. Los hallazgos mostraron que el 30% de los participantes del grupo control mostraron interés en el DIU en comparación del 21.4% del grupo intervención $p < .01$. Para el implante el 16.2% del grupo control mostró interés en comparación con el 19% del grupo intervención.

Villarruel et al., (2006) con el objetivo de probar la eficacia de una intervención para reducir el comportamiento sexual de riesgo del VIH en 684 adolescentes latinos autoidentificados 249 hombres y 304 mujeres de 13 a 18 años de tres escuelas secundarias del noroeste de Filadelfia y organizaciones comunitarias. La intervención ¡Cuídate! la cual consistió en seis módulos de 50 minutos impartidos en pequeños grupos

mixtos en inglés o español, y el programa de Promoción de la Salud de jóvenes Latinos, un programa de ocho horas realizado durante dos sábados consecutivos. Los resultados mostraron que en el seguimiento el grupo intervención mostró haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses ($OR = 0.66$; $IC\ 95\% 0.46- 0.96$) que el grupo control. Respecto al uso constante de condón los adolescentes de la intervención tenían más probabilidades de informar el uso constante de condones ($OR = 1.91$; $IC\ 95\% 1.24-2.93$) y menos probabilidades de informar días de sexo sin protección ($OR = 0.47$; $IC\ 95\%, 0.26-2.93$) en comparación con el grupo control.

Síntesis de Intervenciones eficaces para incrementar el uso de anticonceptivos

Las intervenciones fueron realizadas con la finalidad de evaluar cambios en el comportamiento sexual, disminuir las relaciones sexuales sin protección, prevenir infecciones de transmisión sexual, embarazo, aceptación de métodos anticonceptivos. En cuanto a los resultados seis estudios se enfocaban al condón, donde la mayoría de las intervenciones mostraron que al término de la intervención los participantes del grupo intervención tuvieron mayores posibilidades de utilizar el condón en sus relaciones sexuales. Sólo un estudio mostró que el grupo control mostró mayor interés en los métodos anticonceptivos a diferencia del grupo intervención.

Intervenciones en entornos clínicos

Champion y Collins, 2012, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención conductual cognitiva Project IMAGE en 458 adolescentes afroamericanas y mexicoamericanas con antecedentes de abuso sexual o físico e ITS de los cuales se incluyeron 229 en el grupo control y 299 para la intervención. Esta intervención estuvo constituida por 7 sesiones, dos talleres, 3 grupos de apoyo y 2 sesiones de asesoramiento individual. Dentro de los resultados se encontró que el grupo intervención reportó tasas más bajas de infección por Infecciones de Transmisión Sexual que en el grupo control en el intervalo de 0-6 meses (intervención 0%; control 6.6%,

$p < .001$). En la regresión logística multinomial se mostró que la edad, el origen étnico, el uso de sustancias y el historial de abuso sexual o físico como un predictor de infección entre el 0 a 12 meses $X^2 (5, N = 287) = 18.421, p < .001$. Los índices de probabilidad indicaron que las participantes en el grupo control tenían un 96% más probabilidades de experimentar una infección que los del grupo intervención.

Jemmott et al., 2005, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención efecto de reducción de riesgo de Infecciones de transmisión sexual y VIH basada en habilidades para reducir las relaciones sexuales sin protección en 682 adolescentes afroamericanas y latinas, la cual consistió en tres intervenciones basadas en teorías cognitivo-conductuales, el cual se encontró que los participantes de la intervención ($B = 0.81 \pm DE 2.27$) informaron menos relaciones sexuales sin protección a los 12 meses de seguimiento que los participantes del grupo control ($B = 0.80 \pm DE 4.04; p < .05$).

Síntesis de intervenciones en entornos clínicos

Los estudios se enfocaron en la evaluación de la eficacia para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, donde los resultados mostraron que los resultados mostraron que los participantes que recibieron la intervención reportaron menos probabilidades de experimentar alguna infección.

Objetivo General

Evaluar la eficacia preliminar de la intervención PaRe para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar la intervención PaRe para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas.
2. Examinar la factibilidad de la intervención PaRe para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas.

3. Analizar la aceptabilidad de la intervención PaRe para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas.

Hipótesis

H₁ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe tuvieron mayores puntajes en cuanto al conocimiento anticonceptivo en comparación con el grupo control al posttest y a los dos meses.

H₂ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe obtuvieron mayores puntajes en la medida de lo posible sobre las creencias de igualdad hacia los roles del hogar y en la sexualidad de ambos en sus relaciones de pareja a comparación del grupo control en el posttest y a los dos meses.

H₃ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe reforzaron su percepción de pertenencia a su grupo étnico obteniendo mayores puntajes en el posttest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₄ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe aumentaron las actitudes positivas hacia la anticoncepción reportando mayor puntaje en el posttest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₅ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe promovieron mayor comunicación sexual con sus padres obteniendo mayor puntaje en el posttest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₆ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe redujeron la percepción de influencias sobre la sexualidad proveniente de sus pares en el posttest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₇ = Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe desarrollaron mayor autoeficacia anticonceptiva obteniendo mayores puntajes en el posttest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₈= Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe elevaron la intención anticonceptiva en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

H₉= Los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe aumentaron el uso de métodos anticonceptivos y tendrán mayores puntajes en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control.

Definición de Términos

Actitud hacia la anticoncepción. Son las ideas positivas o negativas que tiene el adolescente hacia los métodos anticonceptivos, el cual será medido mediante la Escala de Actitud Anticonceptiva de Black (2011).

Conocimiento anticonceptivo. Es toda aquella información que poseen los adolescentes acerca la función reproductiva, los efectos secundarios, el modo de acción y la eficacia de los anticonceptivos, el cual se evaluó a través del Cuestionario de Evaluación de Conocimiento Anticonceptivo (Haynes et al., 2017).

Autoeficacia anticonceptiva. Es la seguridad que posee el adolescente sobre la capacidad para hacer uso de los métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales utilizando como instrumento la Escala de Autoeficacia Anticonceptiva (Galavotti et al., 1995).

Intención de anticoncepción. Es aquella posibilidad que puede existir para que el adolescente elija hacer uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales en un futuro. Se evaluó con los ítems del Cuestionario de Evaluación de la Intención y Conducta Anticonceptiva (Galavotti et al., 1995).

Comunicación sexual con los padres. Información que los adolescentes reciben a través de sus padres sobre temas de sexualidad, como las maneras de evitar un embarazo o la importancia del uso de anticoncepción. Se empleó la Escala de Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas Relacionados con Sexo (Hutchinson & Cooney, 1998).

Influencia sexual de pares. La forma en que los adolescentes distinguen esa popularidad entre sus amistades o pares a partir de un comportamiento sexual que se evaluó a través de la Escala de norma de pares (Silver & Bauman, 2006).

Rol de género en la sexualidad. La cual se refiere a esos aspectos de igualdad en relación con las funciones del hogar, de la vida y en la sexualidad de ambas personas en la relación de pareja. Se evaluó por medio de la Escala de Equidad y Género (Pulerwitz & Barker, 2008).

Identidad étnica. Se refiere a las particularidades o cualidades de los jóvenes los cuales muestran a través de sentimientos e involucramiento de actividades en la que se identifican como indígenas, se midió con la Escala de Identidad Étnica (Phinney & Ong, 2007).

Conducta anticonceptiva. Se refiere a la modificación que el adolescente realiza al decidir usar un método anticonceptivo, se evaluó con el Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos (Galavotti, et al 1995, adaptado por Manjarres et al., 2020).

Factibilidad. Se refiere a la evaluación para llevar a cabo los componentes y actividades de PaRe de acuerdo con lo programado. La variable se midió a través de la tasa de reclutamiento de los participantes elegibles, las barreras para la participación y la tasa de retención obtenida de la inscripción de los participantes. Cada una de las dimensiones se describen a continuación.

Indicadores de factibilidad. Hace referencia a la descripción de los desafíos que se presentaron en la implementación de la intervención. Estos indicadores se dividieron en dos :1) factibilidad de la intervención como el entrenamiento del facilitador, recursos materiales, población objeto, barreras para la participación y fidelidad de la intervención. 2) factibilidad de métodos como el procedimiento de reclutamiento, la aleatorización, y recolección de datos.

Población objeto. Se refiere al entorno físico en donde se entregó la intervención.

Tasa de reclutamiento, hace referencia al porcentaje de los adolescentes que aceptaron participar en el estudio sobre el total de los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Barreras para la participación, se refiere a las limitaciones que se pueden llegar a observar durante la implementación de PaRe, que manifiesten los adolescentes en el reclutamiento, durante su participación y permanencia en la intervención.

Tasa de retención, se refiere al porcentaje de los adolescentes que completaron el PaRe hasta el periodo de seguimiento.

Aceptabilidad, se refiere a la medida en que los adolescentes consideran adecuada la intervención PaRe la cual será medido a través de la tasa de abandonos obtenidas de la base de datos de los participantes y la satisfacción con la intervención por medio de una escala para la Aceptabilidad de las sesiones de la intervención. Los cuales se describen a continuación:

Tasa de abandono, se refiere al porcentaje de los adolescentes que se retirarán del estudio del total que darán su consentimiento informado.

Satisfacción con la intervención, se refiere a las percepciones de los adolescentes acerca de satisfacción de la intervención, utilidad, posibilidad de recomendar la intervención.

Capítulo II

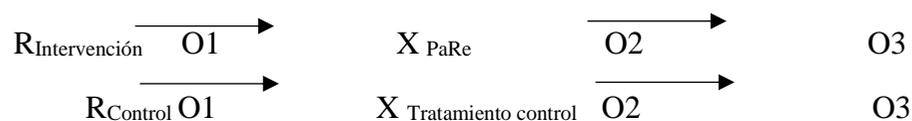
Metodología

En el siguiente apartado se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación e instrumentos de medición. Asimismo, se describe la intervención, descripción del grupo control, el procedimiento de recolección de los datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

Se llevó a cabo un ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad como parte de un proyecto macro de investigación de Benavides, et al., (2022) que tuvo como objetivo desarrollar un modelo de intervención para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes indígenas. De acuerdo con autores como Gitlin y Czaja (2016) una intervención que se encuentra en la fase II se requiere realizar un ensayo piloto aleatorizado para refinar los resultados apropiados, así mismo medir la factibilidad de sus componentes y su efecto preliminar, deben desarrollarse en menor escala con un grupo de comparación, a través de un ensayo piloto aleatorizado con las características y rigurosidad de un ensayo clínico aleatorizado de grupos paralelos.

Se realizaron mediciones en tres momentos, previo a la intervención, posterior y en el seguimiento para ambos grupos (figura 4)



Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo integrada por adolescentes indígenas de 11 a 19 años de dos instituciones públicas de nivel bachillerato de una comunidad indígena del estado de Guerrero. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el Paquete estadístico G Power versión 3.0, para una prueba t para muestras independientes, con un nivel de error .05 % potencia de 91 %, tamaño del efecto moderado de .5 y una tasa de deserción del 20 %. El

tamaño de la muestra fue de 144 (51 para el grupo experimental y 63 para el grupo intervención).

Se utilizó un muestreo aleatorio ya que se seleccionaron aleatoriamente dos instituciones de nivel bachillerato del municipio, una para el grupo experimental y otra para el grupo control.

Criterios de Inclusión

Adolescentes de ambos sexos que se identifiquen o se consideren como indígenas que acudan en alguna institución de nivel media superior del municipio, lo cual se evaluará a través de algunas preguntas filtro (Apéndice A).

Criterios de Exclusión

Adolescentes que se encuentren embarazadas o adolescentes que estén casados y casadas ya que podría verse afectada su conducta anticonceptiva, los cuales se evaluarán a través de las preguntas filtro (Apéndice A).

Criterios de Eliminación

Se eliminarán a los participantes que asistan en menos de la mitad de las sesiones y que no respondan al menos del 80% de los instrumentos. También se eliminarán del análisis los participantes que no hayan iniciado vida sexual activa para proteger la confidencialidad de los sujetos de estudio (Apéndice A).

Instrumentos de Medición

Cédula de datos personales. Es un cuestionario para la medición de las características sociodemográficas de los adolescentes que incluye edad, sexo, si son hablantes de alguna lengua indígena, si los padres hablan alguna lengua indígena, edad de la primera menstruación en las mujeres y en los hombres edad de la primera eyaculación y la edad de la primera relación sexual, en cinco preguntas abiertas (ítems 1, 2, 3, 6 y 8) un ejemplo es, ¿hablas alguna lengua indígena? y cinco preguntas cerradas (ítems 4, 5, 7, 9 y 10) con opciones múltiples para seleccionar una única respuesta por ejemplo: Ocupación a) Estudio, b) Estudio y trabajo, c) Trabajo y no estudio y d)

Ninguno y finalmente se incluye una pregunta para señalar los diferentes métodos anticonceptivos utilizados (Apéndice B).

Factibilidad. Esta variable será medida mediante la Evaluación de factibilidad de Goodard y Harding (2003), la cual mide diferentes categorías como los recursos, población objeto, clima organizacional, evaluabilidad, entorno comunitario y sostenibilidad futura, la cual en cada una de las categorías tiene una escala de puntaje de 0 = no factible a 10 = extremadamente factible (Apéndice C).

Aceptabilidad. Se medirá mediante una escala de 14 ítems la cual mide si las sesiones que cumplieron con las expectativas del participante la cual tiene opciones de respuesta de nada a bastante, si las actividades de las sesiones fueron del agrado del participante, la opinión acerca del tiempo que duraban las sesiones, la razón del participante para participar en la intervención y la opinión acerca de la responsable de impartir la intervención (Apéndice D).

Actitud hacia la anticoncepción. En el caso de esta variable será medida a través de la Escala de Actitud Anticonceptiva de Black (2011) la cual evalúa las actitudes hacia los métodos anticonceptivos. Asimismo, las creencias sobre los efectos del uso de anticonceptivos, la influencia en las relaciones sexuales con la pareja, las percepciones de sí mismo y hacia la pareja con el uso de anticonceptivos. El instrumento consta de 32 ítems redactados en 17 afirmaciones positivas y 15 afirmaciones negativas con opciones de acuerdo o desacuerdo hacia el uso de métodos anticonceptivos mediante una escala Likert de 1 = muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo, con un tiempo de respuesta de aproximadamente 10 minutos. Un ejemplo de pregunta es “Usar anticonceptivos es mucho más deseable que abortar”. Para conocer el puntaje total se obtiene mediante la suma de las respuestas de cada uno de los ítems, en donde un puntaje bajo indica mayor actitud negativa hacia los anticonceptivos. Este instrumento ha reportado una confiabilidad test-re-test de .88 y una validez de criterio de $r = .72$ con la escala de evaluación de actitud anticonceptiva premarital (Apéndice E).

Conocimiento anticonceptivo. Será medido a través del Cuestionario de Evaluación de Conocimiento Anticonceptivo de Haynes et al., (2017) el cual evalúa la información que tiene la persona sobre la función reproductiva, formas de acción, la eficacia, posibles efectos secundarios y algunas ideas erróneas de la anticoncepción y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Constituido por 25 ítems de opción múltiple con una única respuesta correcta, el tiempo estimado de respuesta es de 5 y 20 minutos. Una muestra de reactivo es “¿Qué método anticonceptivo garantiza que no quedará embarazada?”. El puntaje se determina calculando el porcentaje del número de respuestas correctas sobre el total de las preguntas del cuestionario. Dicho instrumento cuenta con validez de contenido a través de seis expertos, la cual se realizó a través de la comparación con el Inventario de Conocimiento Anticonceptivo sin haber mostrado diferencias significativas y con una confiabilidad test-re-test de $r = .79$ (Apéndice F).

Autoeficacia anticonceptiva. La cual se medirá mediante la Escala de Autoeficacia Anticonceptiva de Galavotti et al., (1995). Este instrumento evalúa dimensiones como la autoeficacia en el uso general de anticonceptivos, con la pareja principal y con los demás compañeros. Constituido por 15 reactivos con opciones de respuesta que va del 1 = Nada segura a 5 = Extremadamente segura, un ejemplo de reactivo es “Qué tan seguro (a) estás de que usarías un método anticonceptivo... cuando un método anticonceptivo no está a la mano”. Para la obtención del puntaje total se realiza la sumatoria de los ítems, donde los puntajes más altos muestran mayor eficacia. Esta escala ha reportado una validez de constructo por análisis factorial confirmatorio, CFI = .96 y una consistencia interna con un Alfa de Cronbach entre .84 y .88 (Apéndice G).

Intención de anticoncepción. Será medida a través del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos de Galavotti et al., (1995) y adaptado por Manjarres et al., 2020, que valora el uso, el tiempo de uso y la intención de métodos anticonceptivos. Consta de 4 ítems (Apéndice H).

Comunicación sexual con los padres. Para la medición de esta variable será mediante la Escala de Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas Relacionados con sexo de Hutchinson y Cooney (1998). Consta de nueve ítems, un ejemplo de ítem es ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre cómo evitar el embarazo?, la cual tiene cinco opciones de respuesta con escala tipo Likert en donde 1= nada y 5= mucho. El rango de puntaje es de 9 a 45, donde a mayor puntaje, mayor será la comunicación que existe entre el adolescente y su padre. En un estudio realizado por Márquez y Benavides (2012) el instrumento reportó un alfa de Cronbach de .87 el cual es aceptable (Apéndice I).

Influencia sexual de pares. La variable se medirá mediante la Escala de norma de pares de Silver y Bauman (2006), la cual consta de cinco reactivos que evalúan la influencia de pares acerca de la sexualidad. Una de las afirmaciones es: Es popular que los chicos que van a la escuela embarquen a las chicas, con opciones de respuesta tipo Likert 0 = Ninguno, 1 = Algunos, 2 = la mayoría y 3 = todos. En este caso el puntaje total es de 0 a 15, donde a menor puntaje se muestra la ausencia de percepción de ser popular entre pares y a mayor puntaje indica la percepción de ser popular entre los amigos o sus pares por la conducta sexual. La escala ha reportado un alfa de Cronbach superior a .81 (Apéndice J).

Rol de género en la sexualidad. En el caso de esta variable se medirá mediante la Escala de equidad de género de Pulerwitz y Barker (2008), la cual evalúa actitudes objetivas hacia la pareja en tareas del hogar, hacia la salud reproductiva y violencia que pueden estar relacionadas con la toma de decisiones y en las relaciones sexuales. Constituido por 24 reactivos, un ejemplo es: Es el hombre quien decide qué tipo de sexo tener, con opciones de respuesta tipo Likert 1= De acuerdo, 2 = parcialmente de acuerdo, y 3 = en desacuerdo. En relación con el puntaje total de 1 a 23 muestra equidad baja, de 24 a 47 equidad moderada y de 48 a 72 indica equidad alta. La escala ha reportado un alfa de Cronbach de .75 (Apéndice K).

Identidad étnica. Para su medición se utilizará la Escala de identidad étnica de Phinney y Ong (2007), la cual evalúa las declaraciones acerca de la identidad, el hecho de pertenecer y las experiencias con el grupo étnico. Constituida por 17 ítems con opciones de respuesta que van de 1= no me describe a 3= me describe muy bien. En este caso para que la sumatoria de los reactivos muestre un mayor grado de identidad al grupo étnico, los reactivos 1,8 y 13 se invierten. Donde el puntaje total es de 17 a 68 mostrando que a mayor puntaje mayor es el grado de identidad étnica y un puntaje menor revela que existe un interés muy mínimo de pertenencia étnica. En un estudio realizado por Ojeda y Liang (2014) el instrumento reportó un alfa de Cronbach de .70 (Apéndice L).

Conducta Anticonceptiva. Para medir la variable se utilizará la Escala de Conducta Anticonceptiva de Ruey-Hsia et al., (2011). Tiene como objetivo evaluar la conducta relacionada con el uso de Métodos de Planificación Familiar (MPF) en dos dimensiones sobre el uso de MPF (ítems 1,2 y 5) y sobre la prevención y búsqueda de información sobre anticonceptivos para la toma de decisiones al respecto, así como elegir medidas compensatorias cuando se duda de la seguridad de un anticonceptivo (ítems 3 y 4). Es una escala de cinco ítems con opciones de respuesta tipo Likert, un ejemplo de reactivo es “Yo uso algún Método de Planificación Familiar, cada vez que tengo relaciones sexuales con mi pareja”. Las opciones de respuestas van de 1 = Nunca, hasta 4= siempre. El puntaje total va de 5 a 20, entre más alto sea el puntaje indica una conducta anticonceptiva favorable. De acuerdo con un estudio realizado por Flores et al., (2018) este instrumento ha reportado un Alpha de Cronbach de .73 (Apéndice M).

Descripción de la Intervención

La intervención (PaRe) Pasos Responsables se desarrolló a partir de la recopilación de elementos de otras intervenciones como Conéctate, Cuídate y Project Image la cual está basada en el Modelo para la Conducta Anticonceptiva de Adolescentes indígenas de Benavides et al., (2022) el cual tiene como objetivo influir en

la conducta anticonceptiva de los adolescentes a continuación se presenta las características que se proponen para este estudio.

Duración, dosis y modalidad de entrega

Se implementó una intervención de seis semanas de duración que incluyó un total de tres sesiones, las cuales se distribuyeron en dos sesiones grupales con una duración de dos horas cada una y una sesión individual de 60 minutos cara a cara e individualizada, la cual se llevó a cabo en un espacio asignado por la institución educativa con previa autorización para adolescentes de comunidades indígenas, las sesiones se programaron por semana, la primera sesión se llevó unos días después del reclutamiento y la segunda y tercera sesión después de un intervalo de 15 días y el periodo de seguimiento fue a los dos meses de la última sesión. Se consideró la entrega completa de la intervención al recibir las tres sesiones.

Cada sesión estuvo constituida por una: a) Introducción breve de la sesión por parte del responsable de PaRe, b) Se dieron las instrucciones de las actividades a desarrollar, c) Desarrollo de las actividades, d) Aplicación de la evaluación o alguna tarea relacionada con la actividad, e) Planeación de la siguiente sesión y f) Despedida.

Descripción del Tratamiento Control

A los adolescentes de este grupo se les proporcionó una conferencia sobre violencia en el noviazgo en una sesión grupal.

Duración, dosis y modalidad de entrega

Para los participantes del grupo control se les impartió una conferencia sobre violencia en el noviazgo en una sesión grupal con una duración de 45 minutos la cual fue cara a cara en las instalaciones de la institución educativa que fue asignada para el desarrollo de la actividad, con un seguimiento de dos meses después de la conferencia.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio se contó con la autorización a la autora principal del proyecto macro para el análisis secundario de los datos cualitativos para la

fase de valoración y el proceso de adaptación de la intervención. Así mismo se sometió previamente al comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y una vez aprobado se solicitó la aprobación a las autoridades de las Instituciones Educativas. A continuación, se detallan.

Evaluación de las Necesidades. Para poder identificar la necesidad de crear intervenciones encaminadas a la disminución de embarazos en edades tempranas mediante la concientización de la importancia del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de comunidades indígenas. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a los adolescentes y al personal de salud que cumplieron con los criterios de inclusión (Apéndice N y Ñ). En el caso de los adolescentes cada entrevista duró en promedio 15 minutos y para el personal de salud un tiempo promedio de 17 minutos, las cuales fueron grabadas, y se identificaron con la inicial del participante y un número consecutivo de dos dígitos por ejemplo (H01) y se resguardaron adecuadamente (Apéndice O y P).

Esta fase contó con la participación de 10 adolescentes. Para lo cual se acudió a diferentes puntos de la comunidad, donde regularmente se reunían los adolescentes para invitarlos a participar y también se realizaron visitas domiciliarias. Las entrevistas se llevaron a cabo en un espacio con la mayor privacidad dentro del domicilio de la responsable. En el caso del personal del área de la salud se realizaron visitas domiciliarias y las entrevistas fueron realizadas en un espacio proporcionado por los participantes, respetando la privacidad.

Proceso de Adaptación de PaRe. Previa a la traducción al español de uno de los materiales de la intervención Project Image por un profesional de la salud bilingüe con lengua nativa español y los materiales del resto de las intervenciones que se utilizaron para la adaptación de PaRe. En esta fase considerando los elementos del Modelo para la Conducta Anticonceptiva de adolescentes Indígenas que es la base de PaRe se seleccionaron de cada una de las actividades de las intervenciones como Conéctate, Cúídate y Project Image para la adaptación de cada una de las actividades necesarias,

utilizando una matriz que incluía los componentes de la teoría, componentes de la intervención, las actividades de las intervenciones bases y los faltantes que se refería a los elementos que se modificaron para cumplir con los objetivos de la intervención. Del mismo modo se realizó la modificación de los materiales, para poner a prueba las modificaciones de PaRe y de los materiales, fue necesario realizar una prueba piloto.

Prueba piloto. Para probar la intervención PaRe se llevó a cabo una en una muestra de seis adolescentes que contaron con las características similares a las del estudio mediante visitas domiciliarias, donde se les explicó a los padres y al participante en qué consistía el estudio y su participación, a los padres que aceptaron que sus hijos o hijas participaran se les entregó el consentimiento informado para padres o tutores y a los adolescentes menores de edad el asentimiento informado (Apéndice Q).

Procedimiento del ECA piloto

Para esta fase se consideraron elementos de un ensayo piloto aleatorizado de grupos paralelos como el reclutamiento e inscripción de los participantes, la asignación aleatoria, entrega de la intervención y el tratamiento control, seguimiento, recolección de datos y finalización del estudio.

Reclutamiento e inscripción en el estudio. Para llevar a cabo este proceso, con previa autorización de las instituciones educativas, se acudió a las instituciones educativas para invitar a los adolescentes a participar; se les informó respecto al estudio, se aclararon las dudas correspondientes y los participantes que aceptaron participar se les entregó el asentimiento informado a los participantes menores de edad (Apéndice R), a los participantes mayores de edad (Apéndice S) y posteriormente se les entregó el consentimiento del padre o tutor (Apéndice T) para que se lo llevaran a su domicilio y obtener la autorización de los padres o tutores, se acordó un día para ir por los consentimientos ya firmados, en el caso de los estudiantes que no llevaron el consentimiento la segunda fecha acordada se acudió al domicilio del participante para obtener el consentimiento del padre o tutor.

Para formalizar la participación de los adolescentes se les solicitó algunos datos de contacto como número de teléfono, dirección de su domicilio ya que en todo caso que no cuenten con un número de contacto se le visitará directamente a su domicilio. Se acordó la fecha para acudir a la institución educativa para iniciar con la recolección; así mismo se les indicó que al finalizar el estudio se les otorgará un obsequio como forma de compensar el tiempo y dedicación al estudio.

Asignación aleatoria. Se asignó aleatoriamente a las dos instituciones educativas mediante la aplicación móvil de aleatorización R designando al grupo de PaRe con el número uno y el número dos al grupo control para mantener el cegamiento de los participantes (Lazcano et al., 2004). Posteriormente asignados los grupos se les avisó a los participantes sobre la fecha y hora de las sesiones, sin mencionar a que grupo pertenecen. Se les recordó que si en algún momento en el desarrollo de las sesiones ya no deseaban participar se podían retirar sin que esto les genere alguna repercusión.

Entrega de la intervención y tratamiento control. Se entregó dos semanas hasta un mes de haber realizado el reclutamiento. PaRe se entregó en tres sesiones en un espacio dentro de las instalaciones de la institución educativa en un horario de lunes a viernes de 8 a 1 pm y sábados o domingos de 8 am a 5 o 6 pm dependiendo del horario en que culminaron las clases de los estudiantes o ajustándose en el horario del participante. En el caso de la tercera sesión se entregó en un espacio que se adecuó para tener privacidad para los participantes y cuando fue necesario se acudió al domicilio de los participantes.

Seguimiento. El seguimiento se llevó a cabo a los dos meses de la tercera sesión, donde se aplicaron los instrumentos para el postest que se mencionan en la recolección de datos. Para su realización se acudió nuevamente a la institución educativa para contactar a los participantes y cuando no se encontró al participante en la institución se acudió a los domicilios proporcionados por los participantes.

Recolección de datos. Para evaluar la factibilidad y aceptabilidad se contó con los formatos impresos disponibles para su llenado durante la implementación (apéndice C y D). Para la evaluación de la eficacia preliminar se aplicaron los cuestionarios seleccionados para las variables en formato de lápiz y papel por parte de la responsable de PaRe. Para mantener la confidencialidad de los participantes se utilizó un folio durante el proceso de reclutamiento en cada instrumento.

El pretest se aplicó previo a la implementación de la primera sesión o tratamiento control que incluyeron cuestionarios autoadministrados: Cédula de datos (Apéndice B), Escala de Actitud Anticonceptiva (Apéndice E), Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo (Apéndice F), Escala de la Autoeficacia Anticonceptiva (Apéndice G), Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos (Apéndice H), Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas relacionados con Sexo (Apéndice I), Escala de Norma de pares (Apéndice J), Escala de Equidad y Género (Apéndice K), Escala de Identidad Étnica (Apéndice L) y la Escala de Conducta Anticonceptiva (Apéndice M). El postest se aplicó una vez que se finalizó la tercera sesión de PaRe y la sesión única del grupo control que incluyeron los instrumentos ya citados, mismos que se emplearon en el seguimiento.

Finalización del estudio. Se consideró finalizado el estudio al completar el periodo de seguimiento de cada participante. Así mismo para aquellos participantes que no culminaron la intervención se documentaron las causas por las cuales abandonaron el estudio, donde las causas principales fueron la baja escolar, falta de respuesta en la visita domiciliaria. Los cuestionarios y formatos de la recolección que llenaron los adolescentes se resguardaron en carpetas por la investigadora en un lugar privado y seguro.

Fidelidad de la Intervención

La fidelidad de la intervención se mantuvo a lo largo del proceso de la intervención, antes de la entrega, durante la entrega y posterior de la entrega. Antes de la

entrega por parte del responsable de la intervención la responsable recibió el entrenamiento como consejero del programa. En lo que respecta a la entrega de la intervención se utilizó un cronograma de actividades y una lista de verificación de contenidos de cada sesión, se monitorizó el tiempo asignado para cada una de las actividades en cada sesión. Y posterior a la entrega se les proporcionó a los participantes el llenado de la escala de Aceptabilidad sobre la intervención (Apéndice D).

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (Secretaría de salud [SSA], 2014), que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

De acuerdo con el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 13 establece que durante el proceso de implementación de la intervención deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del participante, esto se llevó a cabo mediante el trato manera amable hacia los participantes, así como también se respetaron sus creencias y se les explicó que estaban en todo su derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo decidan sin tener alguna repercusión.

Con relación en el artículo 14, fracciones I, V y VII , deberá presentarse el protocolo de investigación para su aprobación por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la institución en donde se llevará a cabo la intervención, así mismo se contó con el consentimiento informado por escrito o el formato de asentimiento informado del participante o si es el caso de su representante legal, el cual se les explicó el proceso previo a la implementación de la intervención.

Referente al artículo 16, en las investigaciones con seres humanos se respetó la privacidad de los participantes proporcionando un espacio físico privado con las

personas que los participantes autorizaron y los instrumentos no incluyeron datos de los participantes para garantizar el anonimato durante el estudio.

De acuerdo 17, fracción II el estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que se llevó a cabo la consejería acerca de temas relacionados a la sexualidad. Para la obtención del consentimiento informado y el asentimiento de los participantes y sus tutores, de acuerdo a lo establecido en el artículo 20 y 21, fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII y IX, se explicó previamente el propósito del estudio, los procedimientos que se llevarían a cabo, las molestias y beneficios esperados, así mismo se aclararon las dudas e inquietudes y se mantuvo la confidencialidad de la información y el participante mantuvo el derecho de continuar o no en el estudio sin ser perjudicado.

En este caso debido a que la población de interés incluyó menores de edad se actuó con lo estipulado en el Capítulo III de la investigación en menores de edad en los artículos 34 y 36, los adolescentes menores de edad que desearon participar en el estudio firmaron la carta de asentimiento y tuvieron la autorización y firma del consentimiento informado por parte del padre o tutor (a).

Del mismo modo, lo establecido por los artículos 35 y 38, la presente intervención contiene elementos de tres intervenciones que han sido probadas en poblaciones como adolescentes no indígenas y en minorías étnicas, las cuales han resultado efectivas para la prevención de embarazos.

Con relación al Capítulo V de la investigación en Grupos Subordinados, en el artículo 57 donde el consentimiento informado de los estudiantes pueda estar influenciado por alguna autoridad, en este caso el responsable de la institución educativa no influyó en la participación de los estudiantes ya que la participación fue de manera voluntaria. Con relación al artículo 58 en lo que refieren en los capítulos I y II la participación o rechazo de los estudiantes en la intervención no afectará su situación escolar y los resultados obtenidos sólo serán utilizados con fines de análisis para el estudio sin perjudicar o señalar algún estudiante.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico Social Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. Para la interpretación y análisis de los datos obtenidos se evaluó la distribución de la muestra mediante la prueba de normalidad de Kolmogorow-Smirnov con corrección de Lilliefors donde las variables no mostraron normalidad por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

Para los objetivos específicos de factibilidad y aceptabilidad se utilizó estadística descriptiva como medidas de frecuencia relativa (porcentajes), tendencia central (media), dispersión (rangos, desviación estándar) y tasas para explorar la variación de los resultados y detectar la presencia de datos extremos (Grove et al., 2013).

Para el objetivo general se aplicó regresión lineal múltiple mediante el método de Backward y finalmente para la comprobación de las hipótesis con la finalidad de estimar las mediciones en el tiempo y entre los grupos, las mediciones en el tiempo y entre los grupos se consideró a partir de un valor de $p < .10$, donde se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney y la prueba de Wicolxon.

Capítulo III

Resultados

En el siguiente apartado se describen los resultados obtenidos de la implementación del ensayo aleatorizado piloto de la intervención PaRe. Primeramente, se presentan los resultados referentes al desarrollo de la intervención PaRe, seguido de las características sociodemográficas de los participantes, resultados de factibilidad y aceptabilidad. Posteriormente las pruebas de normalidad, la consistencia interna de los instrumentos y por último la comprobación de hipótesis de las variables.

Para dar respuesta al primer objetivo específico de desarrollar la intervención PaRe para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena, se llevó a cabo una aproximación cualitativa en un grupo de adolescentes y personal del área de la salud para identificar la necesidad de realizar la intervención.

Adolescentes

De acuerdo con las características de los participantes se obtuvo que la media de edad fue de 15.6 años, el 70 % fueron mujeres. A partir del análisis surgieron dos categorías: necesidad de realizar las intervenciones y uso de anticonceptivos, las cuales se les asignaron algunas subcategorías.

En la primera categoría, se incluyó la necesidad de consejería sobre embarazos donde los adolescentes refirieron que esa etapa que viven es necesario recibir información para evitar embarazos, ya que un embarazo en esa edad trucaría sus sueños de seguir estudiando.

En lo que refiere al tiempo de orientación los adolescentes consideraron que el tiempo promedio debe ser de 40 minutos hasta 60 minutos, con una duración entre uno hasta tres para recibir la intervención. Para el número de sesiones mencionaron un mínimo de dos a tres sesiones y el intervalo de sesiones entre una sesión a otra pudiera ser de tres días hasta una semana, para que la información no perdiera su continuidad.

Con respecto a las características del consejero (a), los adolescentes expresaron que debe ser personal médico o de enfermería que cuente con el conocimiento y la experiencia en el tema y pueda generar esa confianza al momento de entregar la consejería. Del mismo modo respecto al interés sobre otras temáticas que incluir, indicaron que se deben incluir temas sobre violencia en el noviazgo consumo de alcohol y drogas, ya que en la etapa que viven están expuestos a consumir esas sustancias.

Por último, en la categoría de uso de anticonceptivos, los adolescentes mencionaron que los anticonceptivos evitan un embarazo, existen diferentes tipos; en lo que refiere a las creencias que influyen en el uso se visualizó que las ideas de los participantes sobre la anticoncepción, pertenecer a una religión.

En el caso de las influencias para el uso de los anticonceptivos, los adolescentes consideraron que la pareja influye para que se utilice anticoncepción, mencionaron que si ellos desean utilizar el condón, pero su pareja no lo quiere utilizar pudiera esto influir en sus decisiones. Del mismo modo declararon que los amigos son los encargados algunas veces de aconsejarlos para que usen o no protección cuando hablan de tener relaciones con sus parejas. Al mismo tiempo los participantes refirieron que el personal de salud y sus profesores pueden influir en el uso de los anticonceptivos ya que son las personas encargadas de brindarles información respecto al uso de anticonceptivos.

Finalmente, se les cuestionó acerca del acceso a los anticonceptivos y los lugares en donde principalmente pueden adquirirlos, los participantes expresaron que los condones son más fáciles de obtener a comparación del resto de los anticonceptivos, coincidieron que los condones se consiguen el centro de salud.

Personal del área de la salud

Para los resultados obtenidos en la exploración con el personal de salud, la edad media de los participantes fue de 30.6 años, el 90 % fueron enfermeras, con un promedio de 8.4 de años de experiencia del centro de salud. En el análisis se crearon dos categorías la necesidad de realizar intervenciones y el uso de métodos anticonceptivos.

En la categoría de realizar intervenciones, manifestaron la necesidad de que los adolescentes reciban información clara y precisa para prevenir un embarazo, las consecuencias que trae consigo, así como información sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y sobre anticonceptivos, donde el lugar idóneo para proporcionar los talleres es acudiendo a las instituciones educativas. Para el tiempo adecuado que debía durar la orientación las participantes mencionaron que un tiempo aproximado de 40 a 60 minutos, con un intervalo de una sesión por semana.

Para el caso de las características de la persona encargada de entregar la asesoría, las participantes refirieron que de preferencia sea personal médico o de enfermería que cuente con el conocimiento y que sea empático para brindar confianza a los adolescentes y pueda ganarse la confianza de los adolescentes para que expresen sus dudas. Así mismo mencionaron que para las consejerías deben considerarse a participantes en edades de 10 a 19 años que es la etapa donde se presentan diferentes cambios.

Para las temáticas que se deben abordar y las estrategias de implementación de las consejerías mencionaron que puede ser mediante talleres informativos sobre Infecciones de Transmisión Sexual, cómo evitar un embarazo no deseado, uso correcto del condón y de los anticonceptivos, e incluir temas como violencia en el noviazgo, consumo de alcohol y drogas ya que en la etapa en la que se encuentran los adolescentes están expuestos a consumir esas sustancias, todo a través del apoyo de diapositivas, trípticos y videos demostrativos y considerar las instituciones educativas como un espacio para brindar la información.

Relacionado al uso de anticonceptivos y el condón las participantes consideraron que influyen las ideas que los adolescentes tienen respecto a los anticonceptivos y el condón, algunos comentarios que suelen tener los adolescentes son que no se siente igual, que los anticonceptivos tienen efectos como que la persona que los usa aumente de peso. Así mismo algunas religiones no permiten recibir una educación sexual.

Lo que refiere a las influencias para el uso de anticonceptivos expresaron que los conocimientos que poseen los adolescentes, lo que perciban los adolescentes por parte de amigos o en el caso del uso de las redes sociales donde a veces obtienen información errónea y ponen en práctica lo que ven en las redes; así mismo los papás influyen en el uso de anticoncepción ya que mencionaron que si el papá o la mamá le habla a su hijo o hija la importancia de utilizar un condón para evitar una ITS o un embarazo la joven cuando decida tener relaciones sexuales es posible que haga caso de ello y decida usar protección. Por último, en el caso del acceso a los anticonceptivos las participantes refirieron que no todos tienen la posibilidad de adquirirlos por la falta de recursos económicos ya que muchas veces los adolescentes no se acercan a los centros de salud porque les da vergüenza a pedir un condón o a pedir información, así mismo aquellos adolescentes que cuentan con la solvencia económica consiguen los anticonceptivos en las farmacias.

Considerando los resultados se desarrolló la intervención PaRe para el uso de anticonceptivos en los adolescentes de comunidad indígena.

Datos Sociodemográficos de los Participantes

Con relación a las características iniciales de los 117 participantes donde el promedio de edad fue de 16.46 ($DE = 0.80$) años. El 64.1 % de los participantes estudiaba; con respecto al sexo el 56.4% fueron del sexo femenino. En relación con la edad media de la primera menstruación en las mujeres y la primera eyaculación en las mujeres fue 12.56 ($DE=1.25$) y la edad media de la primera relación sexual fue de 15.12 ($DE = 0.48$; tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas iniciales por grupo PaRe y control (variables de intervalo)

Datos sociodemográficos	Total		PaRe (n = 53)		Control (n = 64)		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
VARIABLES DEMOGRÁFICAS							
Edad (años)	16.46	0.80	16.40	0.90	16.52	0.71	.20
Edad de la primera menstruación (mujeres) o primera eyaculación (hombres)	12.56	1.25	12.63	1.45	12.51	1.07	.77
Edad de la primera relación sexual	15.12	1.36	15	1.55	15.27	1.10	.79

Nota. M = Media; DE = desviación estándar. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba de U de Mann Whitney; * la diferencia entre grupos es significativa en p valor > .05

Con relación a la lengua indígena el 70 % de los participantes dominaba la lengua Me'phaa (tlapaneco) y con relación a los padres el 97.6%. En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación 48.5% lo utilizó siendo el condón el método más empleado con el 75 % (tabla 2). Así mismo en la comparación de las características entre los participantes del grupo PaRe y del control, no se hallaron diferencias significativas (tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas iniciales por grupo PaRe y control (variables nominales)

Datos sociodemográficos	Total		PaRe (n = 53)		Control (n = 64)	
	f	%	f	%	f	%
Dominio de lengua indígena						
No	35	30	15	28.3	20	31.3
Sí	110	70	38	71.7	44	68.8
Padres dominan lengua indígena						
No	3	2.6	2	3.8	1	1.6
Sí	113	97.6	50	94.3	63	98.4
Método anticonceptivo en la primera relación sexual						
No	17	51.5	10	50	7	53.8
Sí	16	48.5	10	50	6	46.2
Anticonceptivos más utilizados						
Condón masculino	12	75.0	6	60	6	100
Anticonceptivo de emergencia oral	3	18.8	3	19	0	0

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje

Factibilidad de la Intervención

Para dar respuesta al segundo objetivo específico relacionado a la factibilidad de la intervención PaRe, en cual se midió considerando la implementación de la intervención, entrenamiento del facilitador, recursos materiales, la población objeto. Para la etapa de reclutamiento se evaluaron las tasas de reclutamiento y la comparación de las variables sociodemográficas en el posttest, la tasa de retención y las barreras para participar.

Implementación de la intervención. Las participantes contaron con características que permitieron llevar de manera adecuada cada una de las sesiones. La primera se entregó en horario vespertino y entre semana, para la segunda sesión hubo

modificaciones ya que en algunas ocasiones se entregó en el turno matutino para no interferir con las actividades académicas de los participantes. Para la tercera sesión individualizada se entregó considerando los horarios y los días en que los participantes manifestaron tener más tiempo incluyendo los fines de semana en especial los domingos.

Las sesiones uno y dos se entregaron en un espacio de la institución educativa en los horarios asignados por el profesor que impartía las clases relacionadas al área de la salud o en un espacio libre que tuvieron los participantes. Para la sesión individualizada se entregó de acuerdo con el tiempo que disponían los participantes en el espacio que se condicionó por parte de la responsable de la intervención, cuando fue requerido la sesión se llevó a cabo en el domicilio particular de los participantes, aunque no fue el más adecuado ya que no existía esa privacidad en el hogar, por lo que se les pidió a los participantes que aceptaran acudir al espacio que se designó para esta última sesión. Con relación a la programación de las sesiones requirió de modificaciones, ya que esto dependió del tiempo disponible de los participantes, así mismo se presentaron suspensiones por parte de las instituciones educativas. Para poder llevar a cabo la sesión individual, la responsable de la intervención estableció una agenda para poder entregar esta sesión programando entre seis a siete participantes por día.

Entrenamiento del facilitador. En este caso el facilitador fue adecuado en la entrega de las sesiones, del mismo modo esto permitió la entrega de la intervención con el apoyo de los pasos del manual del consejero ya que se revisaron previo a las sesiones. Por lo que el perfil del consejero se considera conveniente a lo requerido para la implementación de la intervención.

Recursos materiales. En lo que respecta a los materiales necesarios para llevar a cabo la intervención se pudo acceder con información basada en evidencia científica para poder organizar cada una de las sesiones y del mismo modo el material requerido para cada una de las actividades se obtuvo con precios accesibles, por lo que los materiales fueron adecuados. Con respecto a los materiales didácticos se utilizó una presentación

que incluyó información de los diferentes temas de las sesiones, así como también videos relacionados a los temas, fichas de colores con información requeridos para las actividades, fichas de trabajo para que los participantes colocaran información de sus ideas, un muestrario en donde se incluyeron los métodos anticonceptivos y de la misma manera se contó con seis simuladores de pene para la actividad de colocación del condón.

Población objeto. La entrega de las sesiones de PaRe se llevó a cabo en una institución educativa de nivel bachillerato del municipio de Iliatenco, Guerrero, el cual fue adecuado. A excepción en algunas ocasiones cuando se requirió acudir a los domicilios de las participantes en las distancias un poco retiradas de aproximadamente 8 km, por lo que se pagó un servicio de taxis debido que es el único medio de transporte ya que no existe transporte público en la comunidad. Para lograr la implementación de la intervención fue a través de dos escenarios de acuerdo con el grupo asignado. En el grupo PaRe el 70.00 % se desarrolló en la institución educativa y el resto en el domicilio particular de los participantes y en el domicilio de la responsable de la intervención la cual se adecuó para la sesión individualizada. En el caso del grupo control el 91.66 % recibieron las sesiones en la institución educativa. Las situaciones que se presentaron en las visitas realizadas en el domicilio de las participantes fueron el 14.00 % debido a la distancia en que se ubicaron, del mismo modo algunas alteraciones en el aspecto de la privacidad como la interrupción de los miembros del hogar del 12.00 % (tabla 3).

Tabla 3*Características del contexto durante la implementación de la intervención por grupo*

Características del contexto	Pare (n= 50)		Control (n= 60)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Lugar de la intervención				
Institución educativa	35	70.00	55	91.66
Domicilio de la responsable	5	10.00	2	3.33
Domicilio del participante	10	20.00	3	5.00
Participantes que reportaron características del entorno				
Difícil acceso al domicilio	7	14.00	3	5.00
Alteraciones a la privacidad				
Interrupción de los demás miembros del hogar	6	12.00	3	5.00

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje

Fidelidad de la intervención. La entrega de la intervención fue adecuada. Se cumplieron los pasos que se mencionan en el manual, lo que permitió desarrollar de manera correcta la comprensión de la información y participación de los participantes. Por lo que se requirió revisar previo a cada sesión los materiales necesarios y garantizar la correcta proyección de la presentación utilizada.

Barreras de participación. Mediante los registros de las notas de campo y las observaciones, se reportaron distintas razones que perjudicaron la implementación de la intervención, donde el 50.00 % de las participantes del grupo PaRe y el 36.65 % del grupo control mostraron barreras para participar. Donde se destacaron no tener respuesta en la visita del domicilio en el grupo PaRe con el 14.00 % y en el grupo control con la inasistencia a clases con el 16.66 % y el grupo PaRe del 12.00 %.

Por otra parte, se presentaron distractores como la visita de otras personas en el domicilio con el 10.00 % en el grupo PaRe y el 3.33 % en el grupo control (tabla 4).

Tabla 4

Barreras para la participación durante la implementación de la intervención por grupo

Barreras para la participación	PaRe (n= 50)		Control (n= 60)	
	f	%	f	%
Participantes que mostraron barreras para participar	5	50.00	22	36.65
Contacto con la participante				
Sin respuesta en el domicilio	7	14.00	3	5.00
No asistir a clases	6	12.00	10	16.66
Trabajo				
Distractores	2	4.00	5	8.33
Visita de otras personas en casa	5	10.00	2	3.33
Ruido en la calle	5	10.00	2	3.33

Nota. f=frecuencia; % = porcentaje

Factibilidad de los métodos

Para la implementación de la intervención se inició con el reclutamiento del 21 de septiembre de 2023 al 05 de octubre de 2023 en dos instituciones de nivel bachillerato. Se consideraron 322 adolescentes de ambas instituciones, de los cuales 255 fueron elegibles y posteriormente 198 aceptaron participar, se aleatorizaron las instituciones y se acudió a cada una de las instituciones educativas, cuando fue necesario se visitó directamente al domicilio de los participantes. El tiempo promedio para el primer acercamiento fue de 4 días posterior al reclutamiento y la implementación de las sesiones se realizó del 09 de octubre al 30 de noviembre de 2023 (figura 7).

Aleatorización. Se llevó a cabo mediante la aleatorización de las instituciones educativas, una vez realizado lo anterior, se mantuvo el cegamiento previo a la invitación al estudio. Para el reclutamiento y el seguimiento se realizó por parte de la responsable del programa.

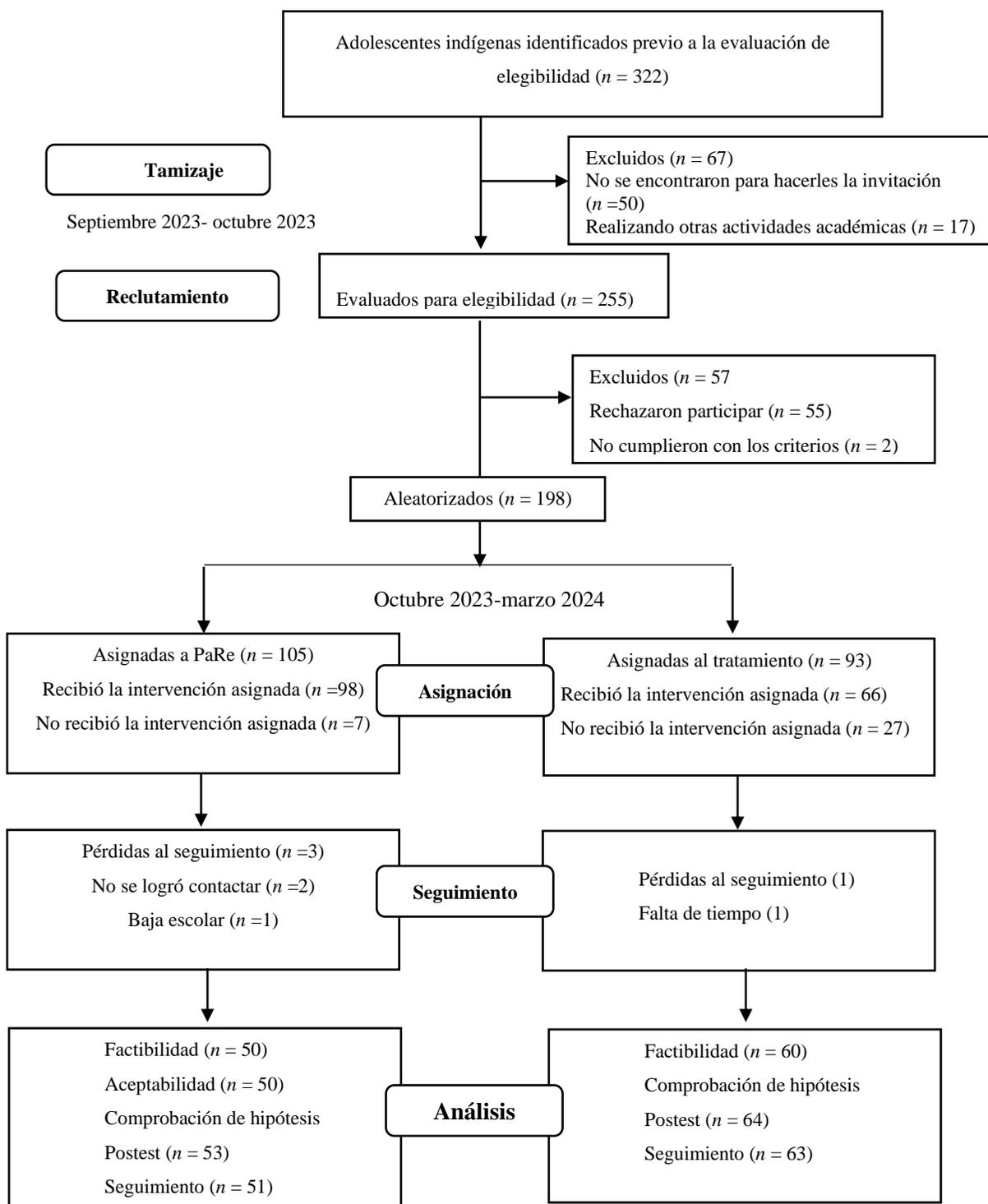
Tasa de reclutamiento. Se calculó la tasa de elegibilidad, como el porcentaje de participantes elegibles sobre el total de las participantes evaluadas. La tasa de elegibilidad fue del 77.65%, de los cuales 67 participantes se excluyeron porque no asistieron a clases o estaban realizando otras actividades académicas.

Tasa de retención. La cual se midió como el porcentaje de los participantes que completaron el estudio hasta la etapa de seguimiento sobre la muestra inicial y para cada grupo. La tasa de retención de la muestra fue del 77.64 % y la tasa de retención para el grupo control fue de 95.45 % mayor que en el grupo PaRe con 52.04 %. Las estrategias empleadas para la retención incluyeron la rifa de algunos obsequios al término de las sesiones de la intervención y al culminar el postest y el seguimiento se les entregó un obsequio a cada participante. Del mismo modo la flexibilidad que se tuvo con los participantes sobre todo en la tercera sesión donde se consideraron los días y horarios que ellos prefirieron.

Recolección de datos. En relación con la aplicación de los instrumentos fue adecuada. Los participantes informaron claridad en las instrucciones e ítems de los cuestionarios en formato de lápiz y papel cuando se aplicaron en el pretest, postest. El tiempo de llenado de todos los instrumentos fue aproximadamente entre 50 y 60 minutos, por lo que debido al tiempo y algunos participantes externaron agotamiento se les asignó un espacio de descanso. Para el seguimiento se acudió a las instituciones educativas para poder captar a los participantes en un espacio que no interfiriera en sus actividades académicas.

Figura 7.

Diagrama de flujo CONSORT para el ensayo piloto aleatorizado PaRe



Aceptabilidad de la Intervención

En relación con el objetivo específico tres sobre analizar la aceptabilidad de los participantes, se consideraron la tasa de aceptación y tasa de abandono a partir de los datos reportados en el diagrama de flujo CONSORT (figura 7). La carga de la participación y la satisfacción de la intervención, las cuales se evaluaron al término de cada una de las sesiones mediante observación y el autorreporte de los participantes.

Tasa de aceptación. Se calculó como el porcentaje de los participantes que aceptaron ser parte del estudio ($n = 198$) sobre el total de las participantes que cumplieron los criterios de inclusión ($n = 252$). Se obtuvo una tasa de aceptación del 78.57 %. Los participantes que no aceptaron participar externaron que no tenían interés por el tema, el deseo de no proporcionar información personal, falta de tiempo por actividades escolares.

Tasa de abandonos. La medición se llevó a cabo mediante el porcentaje de participantes que no continuaron las sesiones de los grupos o que fueron pérdidas al seguimiento sobre el total de participantes que recibieron la primera sesión de cada grupo. Las razones de abandono fueron: falta de disponibilidad de tiempo por el trabajo y actividades escolares (tabla 5).

Tabla 5

<i>Tasa de abandono por grupos y tiempo</i>		
Tiempo	PaRe ($n= 98$)	Control ($n=93$)
	%	%
Posterior a la primera sesión	100.00	100.00
Seguimiento	52	67.7

Nota. % Porcentaje.

Carga de la participación. El 73% de los participantes de PaRe mostraron carga durante su participación en las sesiones. El 48.6 % realizaron actividades simultáneas

como la realización de tareas o actividades relacionadas con sus estudios y el 25.5% mencionó tener el tiempo limitado por las cuestiones laborales (tabla 6).

Tabla 6

Carga de participación para las madres adolescentes por grupo de tratamiento

Características del contexto	Pare (n= 98)		Control (n= 93)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Participantes que mostraron carga durante la participación	72	73	60	65
Actividades simultaneas				
Actividades académicas	48	48.6	37	40
Trabajo	25	25.5	23	25

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje

Satisfacción con la intervención. En relación con la satisfacción con la primera sesión fue de 9.65 ($DE = 0.86$); con un puntaje máximo de satisfacción de 10 puntos, el cual se incrementó en la segunda sesión a 10 ($DE = 0.00$) y finalmente en la tercera sesión fue de 9.53 ($DE = 0.85$). Aunado a lo anterior se exploró mediante tres preguntas la percepción de cada adolescente con relación a las sesiones entregadas. Las respuestas obtenidas se analizaron mediante el software MAXQDA versión 2020 donde se clasificaron las respuestas y se ordenaron de manera lógica obteniendo las siguientes categorías.

Reflexión del conocimiento. Se refiere al análisis de la experiencia vivida en las actividades proporcionadas en base a este concepto los participantes mencionaron lo siguiente “... nos habló sobre la sexualidad cómo debemos cuidarnos porque hay algunos que no se cuidan y es por eso por lo que nos contagiamos de una enfermedad...” (P16).

“...Fue emocionante aprender cómo cuidarnos sexualmente...” (P32). “... muy interesante y bueno para aprender más sobre de cómo cuidarnos aparte de saber las

funciones, causas, ventajas y desventajas de cada método...” (P45). “... *Que hay que cuidarnos para no salir lastimadas o embarazadas a menor edad y de seguir las instrucciones de usar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales...*” (P8). “... *Me gusto cuando decía que nos debemos de proteger nuestra salud, también hablamos sobre dispositivos intrauterino hormonal, implante, inyectables, pastillas, parche, píldora de emergencia, anillo vaginal etc....*” (P5).

Argumentos reflexivos. Se refiere al proceso de pensar detenidamente sobre la información entregada y concebir su importancia y utilidad, los participantes mencionaron lo siguiente “... *Tener más información para analizar y comprender más lo que es bueno y malo y tener información de cómo cuidarnos y respetarnos unos a los otros, etc. ...*” (P29). “...*Que nosotros que somos adolescentes deberíamos a poner atención el tema que nos hablaron para que nosotros nos cuidemos para no contagiarnos de las enfermedades ...*” (P3). “... *cuidarse y de usar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales y cuidar nuestro noviazgo si una pareja está pasando por la violencia debe buscar ayuda con alguien ...*” (P49). “...*no embarazarse a temprana edad y debemos cuidarnos para que podamos seguir nuestras metas ...*” (P21).

Estadística Descriptiva y Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Antes de realizar el análisis inferencial, se realizó la prueba Kolmogorov Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para comprobar la normalidad de los datos ($p > .05$) de las variables de estudio. Las variables influencia sexual de pares, rol de género en la sexualidad e intención anticonceptiva no mostraron distribución normal de los datos en el pretest (tabla 7).

Tabla 7

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés en el pretest

Instrumentos de medición	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	Min	Max	<i>D</i> ^a	<i>p</i>
Actitud hacia la anticoncepción	110.47	110	13.47	75	141	0.50	.96
Conocimiento anticonceptivo	5.38	5	3.32	0	13	0.48	.97
Comunicación sexual con los padres	25.62	26	9.84	9	45	0.55	.91
Influencia sexual de pares	2.31	1	2.62	0	12	1.41	.03
Rol de género en la sexualidad	63.37	66	8.82	24	72	1.54	.01
Identidad étnica	18.58	18	8.96	0	42	0.51	.95
Autoeficacia anticonceptiva	29.65	24	15.73	15	75	1.03	.23
Intención de anticoncepción	1.99	1	2.47	0	7	1.47	.02
Conducta anticonceptiva	6.23	5	6.48	0	20	1.29	.07

Nota. *M* = media; *DE* = desviación estándar; *D*^a = Estadístico de prueba; **p* valor > .05 considera la distribución normal de la variable.

En el postest y en el seguimiento las variables influencia sexual de pares e intención anticonceptiva no mostraron una distribución normal de los datos (tablas 8 y 9).

Tabla 8

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés en el postest

Instrumentos de medición	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	Min	Max	<i>D</i> ^a	<i>p</i>
Actitud hacia la anticoncepción	110.21	109	13.32	85	147	0.56	.90
Conocimiento anticonceptivo	5.69	5	3.51	0	15	0.74	.62
Comunicación sexual con los padres	25.68	26	9.64	9	45	0.81	.51
Influencia sexual de pares	2.45	2	2.56	0	9	1.66	.00
Rol de género en la sexualidad	63.41	66	9.38	24	72	1.28	.07
Identidad étnica	18.58	18	8.96	0	42	0.51	.95
Autoeficacia anticonceptiva	31.40	27	16.56	15	75	1.22	.09
Intención de anticoncepción	1.95	0	2.58	0	7	0.58	.88
Conducta anticonceptiva	6.23	5	6.48	0	20	1.29	.07

Nota. *M* = media; *DE* = desviación estándar; *D*^a = Estadístico de prueba; **p* valor > .05 considera la distribución normal de la variable

Tabla 9

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés en el seguimiento

Instrumentos de medición	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	Min	Max	<i>D</i> ^a	<i>p</i>
Actitud hacia la anticoncepción	110.32	109	14.10	82	146	0.84	.47
Conocimiento anticonceptivo	5.63	5	3.61	0	14	0.70	.70
Comunicación sexual con los padres	25.37	26	10.71	9	45	0.39	.99
Influencia sexual de pares	2.06	1	2.42	0	12	1.21	.10
Rol de género en la sexualidad	61.69	67	13.90	24	72	1.44	.03
Identidad étnica	16.82	18	9.29	0	44	0.93	.34
Autoeficacia anticonceptiva	29.41	25	15.19	15	75	1.15	.14
Intención de anticoncepción	1.99	1	2.47	0	7	1.47	.02
Conducta anticonceptiva	4.95	0	6.47	0	20	0.81	.51

Nota. *M* = media; *DE* = desviación estándar; *D*^a = Estadístico de prueba; **p* valor > .05 considera la distribución normal de la variable

Consistencia Interna de los Instrumentos

Con respecto a los instrumentos de medición mostraron Alfas de Cronbach aceptables durante las mediciones, en el pretest entre .70 y .94, en el posttest fue de .72 a .92 y en el seguimiento aumentó con el mínimo de .79 a .93 (tabla 10).

Tabla 10

Consistencia interna de los instrumentos de medición de acuerdo con las mediciones

Instrumentos de medición	N° Ítems	Pretest α	Postest α	Seguimiento α
Actitud hacia la anticoncepción	32	.80	.82	.85
Conocimiento anticonceptivo	25	.70	.72	.85
Comunicación sexual con los padres	9	.91	.92	.93
Influencia sexual de pares	5	.83	.82	.79
Rol de género en la sexualidad	24	.89	.91	.92
Identidad étnica	17	.83	.85	.81
Autoeficacia anticonceptiva	15	.94	.95	.93
Intención de anticoncepción	1	NA	NA	NA
Conducta anticonceptiva	5	.89	.91	.93

Nota. α = Coeficiente Alfa de Cronbach; NA = No aplica

Comparación de medias entre el postest y seguimiento por grupo de tratamiento

Para dar respuesta a la hipótesis uno, la cual establece que los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe tuvieron mayores puntajes en cuanto al conocimiento anticonceptivo en comparación con el grupo control al postest y a los dos meses.

Para lo cual se realizó estadística inferencial a través de la prueba U de Mann Whitney, en la tabla 11 se muestra que los resultados indican que no existe diferencia significativa en ninguna de las tres mediciones; pretest ($U=1690.50, p = .97$);

postest ($U = 1515.50$, $p = .32$) y en el seguimiento ($U = 1508.50$, $p = .30$). En este caso se mostró que los participantes en la intervención PaRe no mostraron mayores conocimientos anticonceptivos que los participantes del grupo control, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa.

Tabla 11

Prueba U de Mann Whitney para la variable conocimiento anticonceptivo en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control

Variables de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conocimiento anticonceptivo	Pretest	PaRe	53	5.32	3.11	1690.50	.97
		Control	64	5.42	3.52		
Conocimiento anticonceptivo	Postest	PaRe	53	6.00	3.44	1515.50	.32
		Control	64	5.44	3.57		
Conocimiento anticonceptivo	Seguimiento	PaRe	51	6.04	3.78	1508.50	.30
		Control	63	5.30	3.46		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10$, $**p < .05$, $***p < .01$.

Para responder a la hipótesis dos donde los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe obtuvieron mayores puntajes en la medida de lo posible sobre las creencias de igualdad hacia los roles del hogar y en la sexualidad de ambos en sus relaciones de pareja a comparación del grupo control en el postest y a los dos meses, los resultados muestran que existe diferencia significativa en el pretest ($U = 1198.50$, $p < .01$), en el postest se conservó la diferencia significativa ($U = 1333.00$, $p < .10$). La media del rol de género en la sexualidad en el pretest fue del grupo PaRe fue de 60.89 ($DE = 9.26$)

y en el grupo control de 65.42 ($DE = 10.39$), para el postest fue de 61.38 ($DE = 10.39$) y en el grupo control de 65.09 ($DE = 8.15$); (tabla 12).

Para la hipótesis en el pretest la media del grupo PaRe y del grupo fueron diferentes, lo que pudo haber influido que en el postest las diferencias se mantuvieran. Por lo que en el pretest y postest se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hubo diferencias entre el grupo PaRe y en el grupo control.

Tabla 12

Prueba U de Mann Whitney para la variable rol de género en la sexualidad en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control

Variabes de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Rol de género en la sexualidad	Pretest	PaRe	53	60.89	9.26	1198.50	.00*
		Control	64	65.42	7.94		
Rol de género en la sexualidad	Postest	PaRe	53	61.38	10.39	1333.00	.04*
		Control	64	65.09	8.15		
Rol de género en la sexualidad	Seguimiento	PaRe	51	58.89	16.00	1418.50	.12
		Control	63	64.02	11.50		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10^*$, $**p < .05$, $***p < .01$.

En relación con la hipótesis número tres la cual estableció que los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe reforzaron su percepción de pertenencia a su grupo étnico obteniendo mayor puntaje en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. Para lo cual mediante la prueba de U de Mann Whitney, en la tabla 13 se muestra que no se encontraron diferencias en el tiempo en

ambos grupos durante el pretest ($U=1593.50, p < .10$), postest ($U=1593.50, p < .10$) y seguimiento ($U=1424.00, p < .10$). Con los resultados mostrados se rechaza la hipótesis alternativa ya que los participantes del grupo PaRe no mostraron mayor pertenencia al grupo étnico comparado con el grupo control después de la intervención y a los dos meses.

Tabla 13

Prueba U de Mann Whitney para la variable de identidad étnica en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control

VARIABLES DE INTERÉS	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Identidad étnica	Pretest	PaRe	53	19.06	9.37	1593.50	.57
		Control	64	18.19	8.65		
Identidad étnica	Postest	PaRe	53	19.06	9.37	1593.50	.57
		Control	64	18.19	8.65		
Identidad étnica	Seguimiento	PaRe	51	15.32	9.95	1424.00	.13
		Control	63	18.06	8.58		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10^*$, $**p < .05$, $***p < .01$.

Con respecto a la hipótesis cuatro la cual estableció que los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe aumentaron las actitudes positivas hacia la anticoncepción reportando mayor puntaje en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. A través de la prueba de U de Mann Whitney, en la tabla 14 donde el análisis no mostró diferencias en ambos grupos en ninguna de las mediciones; pretest ($U=1597.50, p < .10$), postest ($U=1683.50, p < .10$) y seguimiento ($U=1474.50, p < .10$).

Las medias del grupo control y del grupo control no mostraron diferencias significativas en el pretest, después de la intervención y a los dos meses, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa ya que los participantes del grupo PaRe no mostraron mejores actitudes hacia la anticoncepción comparado con el grupo control.

Tabla 14

Prueba U de Mann Whitney para la variable actitud hacia la anticoncepción en el pretest, postest y en el seguimiento en el grupo PaRe y control

Variables de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Actitud hacia la anticoncepción	Pretest	PaRe	53	109.68	14.04	1597.50	.58
		Control	64	111.12	13.05		
Actitud hacia la anticoncepción	Postest	PaRe	53	110.49	14.14	1683.50	.94
		Control	64	109.98	12.72		
Actitud hacia la anticoncepción	Seguimiento	PaRe	51	109.21	14.63	1474.50	.45
		Control	63	111.22	13.71		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; *p* < .10*, ***p* < .05, ****p* < .01.

Para responder a la hipótesis cinco en el que se menciona que los adolescentes indígenas que reciben la intervención PaRe promovieron mayor comunicación sexual con sus padres obteniendo mayor puntaje en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. Mediante la Prueba U de Mann Whitney como se observa en la tabla 15 no existe diferencia significativa en ninguna de las tres mediciones; pretest ($U=1652.00, p = .80$); postest ($U = 1570.50, p .49$) y en el seguimiento ($U=1636.00, p = .74$). Para la hipótesis se muestra que las medias del grupo PaRe y del grupo control no mostraron diferencias en las tres mediciones, por lo que se rechaza la hipótesis

alternativa, donde los participantes que recibieron la intervención no lograron mayor comunicación sexual con sus padres que los participantes del grupo control.

Tabla 15

Prueba U de Mann Whitney para la variable de comunicación sexual con los padres en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control

Variabes de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Comunicación sexual con los padres	Pretest	PaRe	53	25.19	9.69	1652.00	.80
		Control	64	25.97	10.02		
Comunicación sexual con los padres	Postest	PaRe	53	24.83	9.21	1570.50	.49
		Control	64	26.39	10.00		
Comunicación sexual con los padres	Seguimiento	PaRe	51	24.79	10.77	1636.00	.74
		Control	63	25.84	10.72		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10^*$, $**p < .05$, $***p < .01$.

Para la hipótesis seis que señala que los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe redujeron la percepción de influencias sobre la sexualidad proveniente de sus pares en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. En donde a través del análisis de la prueba de U de Mann Whitney en la tabla 16 se muestran diferencias significativas en el pretest ($U=1229.00$, $p < .01$), en el postest ($U=1111.00$, $p < .01$); y en el seguimiento ($U=1282.00$, $p < .05$).

Las medias en el grupo PaRe y en el grupo control mostraron diferencias en el pretest donde el grupo PaRe mostró una media mayor, la cual aumentó en el postest y

disminuyó en el seguimiento, pero siguió mostrando diferencia significativa frente al grupo control por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que los participantes de la intervención PaRe disminuyeron la percepción de las influencias negativas sobre su sexualidad en comparación con el grupo control.

Tabla 16

Prueba U de Mann Whitney para la variable Influencia sexual de pares en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control

Variables de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Influencia sexual de pares	Pretest	PaRe	53	2.89	2.61	1229.00	.00***
		Control	64	1.83	2.56		
Influencia sexual de pares	Postest	PaRe	53	3.34	2.71	1111.00	.00***
		Control	64	1.72	2.20		
Influencia sexual de pares	Seguimiento	PaRe	51	2.60	2.59	1282.00	.01 **
		Control	63	1.61	2.20		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10^*$, $**p < .05$, $***p < .01$.

Para dar respuesta a la hipótesis siete donde los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe desarrollaron mayor autoeficacia anticonceptiva obteniendo mayores puntajes en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. Se utilizó la prueba de Mann Whitney en la tabla 17 se muestra que existe diferencia significativa en el postest ($U = 1302.50$, $p < .05$). La media de la autoeficacia en el grupo PaRe fue de 34.77 ($DE = 16.89$) y en el grupo control fue de 28.61 ($DE = 15.87$).

La media en el grupo PaRe y el grupo control en el postest fueron diferentes esto indica que los participantes del grupo PaRe posterior a la intervención presentaron mayor autoeficacia por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 17

Prueba U de Mann Whitney para la variable autoeficacia anticonceptiva en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control

Variabes de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Autoeficacia anticonceptiva	Pretest	PaRe	53	29.89	13.94	1545.00	.40
		Control	64	29.45	17.18		
Autoeficacia anticonceptiva	Postest	PaRe	53	34.77	16.89	1302.50	.03**
		Control	64	28.61	15.87		
Autoeficacia anticonceptiva	Seguimiento	PaRe	51	30.83	14.43	1424.50	.13
		Control	63	28.23	15.81		

Nota: *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; *p* < .10*, ***p* < .05, ****p* < .01.

Con relación a la hipótesis ocho que refirió que los adolescentes indígenas que recibieron la intervención PaRe elevaron la intención anticonceptiva en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. Mediante la prueba de U de Mann Whitney en la tabla 18 se muestra que existe diferencia en el pretest ($U=1325.00$, $p < .05$) y en el seguimiento ($U=1325.00$, $p < .05$). La media de la intención para el pretest y seguimiento en el grupo PaRe fue de 2.34 ($DE = 2.45$) y en el grupo control fue de 1.70 ($DE = 15.48$).

En este caso las media en el grupo PaRe y las medias del grupo control mostraron diferencias, por lo que se rechaza la hipótesis nula ya que los participantes del grupo

control mostraron mayor intención de utilizar un anticonceptivo a diferencia del grupo control en el pretest y a los dos meses de la intervención.

Tabla 18

Prueba U de Mann Whitney para la variable intención de anticoncepción en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control

Variables de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Intención de anticoncepción	Pretest	PaRe	53	2.34	2.45	1325.00	.03**
		Control	64	1.70	2.48		
Intención de anticoncepción	Postest	PaRe	53	2.25	2.71	1491.50	.22
		Control	64	1.70	2.46		
Intención de anticoncepción	Seguimiento	PaRe	51	2.34	2.45	1325.00	.03**
		Control	63	1.70	2.48		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; $p < .10^*$, $**p < .05$, $***p < .01$

Finalmente, para la hipótesis nueve donde se estableció que los adolescentes que recibieron la intervención PaRe aumentarán el uso de métodos anticonceptivos y tuvieron mayores puntajes en el postest y a los dos meses en comparación con el grupo control. A través de la prueba de U de Mann Whitney se obtuvo diferencia significativa en el pretest ($U = 1360.50$, $p < .10$), en el postest se mantuvo ($U = 1360.50$, $p < .10$) como se observa en la tabla 19

Para la hipótesis se mostraron diferencias significativas en el grupo PaRe y en el grupo control en el pretest y postest por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 19

Prueba U de Mann Whitney para la variable conducta anticonceptiva en el pretest, postest y seguimiento en el grupo PaRe y control

Variabes de interés	Medición	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conducta anticonceptiva	Pretest	PaRe	53	7.42	6.40	1360.50	.05*
		Control	64	5.25	6.43		
Conducta anticonceptiva	Postest	PaRe	53	7.42	6.40	1360.50	.05*
		Control	64	5.25	6.43		
Conducta anticonceptiva	Seguimiento	PaRe	51	5.43	6.98	1637.00	.72
		Control	63	4.55	6.03		

Nota. *n* = número de casos; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann Whitney; *p* < .10*, ***p* < .05, ****p* < .01

Comparación de medias entre pretest y seguimiento por grupo

En relación con las variables de actitud hacia la anticoncepción y conocimiento anticonceptivo se estableció que los participantes de la intervención PaRe aumentaron los puntajes en las variables de actitud y conocimiento anticonceptivos en el postest y seguimiento a diferencia del grupo control. Para la variable de actitud anticonceptiva en el grupo control no se observaron diferencias significativas en el postest del grupo PaRe $M = 110.49$, $DE = .14.14$, y el grupo control $M = 109.98$, $DE = 12.72$; en el seguimiento sucede lo mismo sucede en el grupo PaRe $M = 109.21$, $DE = 14.63$, y el grupo control $M = 111.22$, $DE = .13.71$. Para la variable conocimiento anticonceptivo en los dos grupos mantuvieron puntajes similares sin diferencias significativas en el postest en el grupo PaRe $M = 6.00$, $DE = 3.44$, y el grupo control $M = 5.44$, $DE = 3.57$. En el seguimiento no hubo diferencias significativas para el grupo PaRe $M = 6.04$, $DE = 3.78$, y el grupo control

$M=5.30$, $DE = 3.46$ (tablas 20 y 21).

Las medias para la variable comunicación sexual en el que los participantes del grupo PaRe promovieron mayor comunicación sexual con sus padres. Las medias fueron similares en el postest para el grupo PaRe $M=24.83$, $DE = 9.21$, y el grupo control $M = 26.39$, $DE = 10.00$. Para el seguimiento no se mostraron diferencias significativas en las medias de la comunicación sexual en el grupo PaRe $M = 24.79$, $DE = 10.77$, y el grupo control $M = 25.84$, $DE = 10.72$ (tablas 20 y 21).

La variable influencia sexual de pares donde los adolescentes que recibieron la intervención PaRe disminuirán su percepción de influencias negativas sobre la sexualidad provenientes de sus pares, para lo cual no se observaron diferencias significativas en el postest grupo PaRe $M = 3.34$, $DE = 2.71$ en el grupo control $M = 1.72$, $DE = 2.20$. En el seguimiento se mantuvieron sin diferencias para el grupo PaRe $M = 2.60$, $DE = 2.59$ y el grupo control $M = 1.61$, $DE = 2.20$ (tablas 20 y 21).

En lo que se refiere a la variable de rol de género en la sexualidad que planteó que los participantes del grupo PaRe mostraron cambios en las medias del pretest, postest y al seguimiento comparado con el grupo control. En las mediciones no se presentaron diferencias significativas en las medias en el grupo PaRe $M = 61.38$, $DE = 10.39$, y el grupo control $M = 65.09$, $DE = 8.15$. Durante el seguimiento en el grupo PaRe disminuyó $M = 58.89$, $DE = 16.00$, y el grupo control $M = 64.02$, $DE = 11.50$ pero no hubo significancia como se muestra en las tablas 20 y 21.

Para la variable de identidad étnica para la cual se estableció que los participantes del grupo PaRe aumenten la percepción de pertenencia a un grupo étnico. Las medias en el postest no mostraron diferencias significativas; en el grupo PaRe $M = 19.06$, $DE = 9.37$, y el grupo control $M = 18.19$, $DE = 8.65$. En el seguimiento si se mostró diferencia significativa donde el grupo control presentó un mayor puntaje en la media $M = 9.95$, $DE = p < .01$ como se visualiza en las tablas tabla 20 y 21.

En lo que respecta a la variable de autoeficacia anticonceptiva se planteó un incremento en el puntaje de las medias en los participantes que recibieron la intervención PaRe a comparación del grupo control. Los participantes del grupo PaRe reportaron mayor autoeficacia en el postest que fue estadísticamente significativa $M = 34.77$, $DE = 16.89$, $DM = 4.88$; $p < .05$ (tabla 20). En el seguimiento no se reportaron diferencias significativas en las medias, en el grupo PaRe $M = 30.83$, $DE = 14.43$ y en el grupo control $M = 28.23$, $DE = 16.89$ (tabla 21).

Para las variables de intención y conducta anticonceptiva donde se menciona que los participantes del grupo PaRe incrementaron los puntajes en las medias en los participantes de PaRe en comparación con el grupo control. En este caso la variable intención no presentó diferencias significativas en el postest en el grupo PaRe $M = 2.25$, $DE = 2.71$ y en grupo control $M = 1.70$, $DE = 2.46$; y en el seguimiento tampoco hubo diferencias que mostraran significancia en el grupo PaRe $M = 2.34$, $DE = 2.45$ y en el grupo control $M = 1.70$, $DE = 2.48$. En el caso de la conducta en el postest mostraron medias sin diferencias significativas $M = 7.42$, $DE = 6.40$ y en el grupo control $M = 5.25$, $DE = 6.43$. Sin embargo, en el seguimiento fueron significativas $M = 5.43$, $DE = 6.98$; $DM = 1.99$, $p < .05$ (tablas 20 y 21).

Tabla 20

Comparación de medias entre el pretest y postest para los grupos PaRe y control mediante la prueba de Wilcoxon

Variables de interés	Grupo	Pretest		Postest		<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Actitud hacia la anticoncepción	PaRe	109.68	14.04	110.49	14.14	.57
	Control	111.12	13.05	109.98	12.72	.02
Conocimiento anticonceptivo	PaRe	5.32	3.11	6.00	3.44	.12
	Control	5.42	3.52	5.44	3.57	.71

(Continúa)

Tabla 20

Comparación de medias entre el pretest y postest para los grupos PaRe y control mediante la prueba de Wilcoxon (Continuación)

Variables de interés	Grupo	Pretest		Postest		<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Actitud hacia la anticoncepción	PaRe	109.68	14.04	110.49	14.14	.57
	Control	111.12	13.05	109.98	12.72	.02
Conocimiento anticonceptivo	PaRe	5.32	3.11	6.00	3.44	.12
	Control	5.42	3.52	5.44	3.57	.71
Comunicación sexual con los padres	PaRe	25.19	9.69	24.83	9.21	.99
	Control	25.97	10.02	26.39	10.00	.09
Influencia sexual de pares	PaRe	2.89	2.61	3.34	2.71	.45
	Control	1.83	2.56	1.72	2.20	.95
Rol de género en la sexualidad	PaRe	60.89	9.26	61.38	10.39	.35
	Control	65.42	7.94	65.09	8.15	.27
Identidad étnica	PaRe	19.06	9.37	19.06	9.37	1.00
	Control	18.19	8.65	18.19	8.65	1.00
Autoeficacia anticonceptiva	PaRe	29.89	13.94	34.77	16.89	.03*
	Control	29.45	17.18	28.61	15.87	.50
Intención de anticoncepción	PaRe	2.34	2.45	2.25	2.71	.62
	Control	1.70	2.48	1.70	2.46	1.00
Conducta anticonceptiva	PaRe	7.42	6.40	7.42	6.40	1.00
	Control	5.25	6.43	5.25	6.43	1.00

Nota. PaRe ($n = 53$); grupo control ($n = 64$); *M* = media; *DE* = desviación estándar; *DM* = diferencia de medias * $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .01$.

Tabla 21

Comparación de medias entre el pretest y seguimiento para los grupos PaRe y control mediante la prueba de Wilcoxon

Variables de interés	Grupo	Pretest		Seguimiento		
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Actitud hacia la anticoncepción	PaRe	109.68	14.04	109.21	14.63	.61
	Control	111.12	13.05	111.22	13.71	.79
Conocimiento anticonceptivo	PaRe	5.32	3.11	6.04	3.78	.11
	Control	5.42	3.52	5.30	3.46	.85
Comunicación sexual con los padres	PaRe	25.19	9.69	24.79	10.77	.76
	Control	25.97	10.02	25.84	10.72	.75
Influencia sexual de pares	PaRe	2.89	2.61	2.60	2.59	.45
	Control	1.83	2.56	1.61	2.20	.43
Rol de género en la sexualidad	PaRe	60.89	9.26	58.89	16.00	.46
	Control	65.42	7.94	64.02	11.50	.09
Identidad étnica	PaRe	19.06	9.37	15.32	9.95	.00***
	Control	18.19	8.65	18.06	8.58	.86
Autoeficacia anticonceptiva	PaRe	29.89	13.94	30.83	14.43	.31
	Control	29.45	17.18	28.23	15.81	.50
Intención de anticoncepción	PaRe	2.34	2.45	2.34	2.45	1.00
	Control	1.70	2.48	1.70	2.48	1.00
Conducta anticonceptiva	PaRe	7.42	6.40	5.43	6.98	.02**
	Control	5.25	6.43	4.55	6.03	.10

Nota. PaRe ($n = 51$); grupo control ($n = 63$); *M* = media; *DE* = desviación estándar; $p < .10$,

** $p < .05$, *** $p < .01$.

Eficacia Preliminar

Para responder al objetivo general de evaluar la eficacia preliminar de la intervención PaRe, se realizó el análisis considerando las variables para las variables de intención y conducta anticonceptivas.

Considerando como variable resultado la intención de anticoncepción en los adolescentes en el postest y seguimiento se ajustó a un modelo de regresión lineal múltiple en el postest el cual resultó significativo $F(8,108) = 1.82, p < .05$ (tabla 22). Por lo que se utilizó la técnica backward para eliminar las variables quedando el modelo final como en el que se muestra en la tabla 23, donde el modelo resultó significativo $F(4,112) = 5.68, p < .000$. Los resultados mostraron que el modelo fue significativo por lo que la intervención pudiera resultar efectiva cuando están presentes las variables como la influencia sexual de pares ($\beta = -0.20, p < .05$), la autoeficacia ($\beta = 0.21, p < .05$) y el conocimiento anticonceptivo ($\beta = 0.26, p < .05$), explicando el 16.9% de la varianza.

Tabla 22

Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el postest

Postest	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Actitud hacia la anticoncepción	-0.00	.98	-0.03	0.03
Conocimiento anticonceptivo	0.24	.02**	0.05	0.30
Comunicación sexual con los padres	-0.07	.42	-0.05	0.02
Influencia sexual de pares	-0.19	.04*	-0.35	0.03
Rol de género en la sexualidad	0.07	.43	-0.02	0.06
Identidad étnica	0.04	.62	-0.03	0.05
Autoeficacia anticonceptiva	0.20	.03**	0.00	0.05
Grupo PaRe	0.11	.21	.21	1.35

Nota. $n = 117$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

Tabla 23

Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el posttest mediante la técnica backward

Posttest	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo PaRe	0.10	.23	-0.22	1.35
Influencia sexual de pares	-0.20	.02 **	-0.36	-0.58
Autoeficacia anticonceptiva	0.21	.01 **	0.01	0.05
Conocimiento anticonceptivo	0.26	.00 **	0.09	0.30

Nota. $n = 117$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

Asimismo, en el seguimiento se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple que resultó significativo $F(3,113) = 3.72, p < .05$ (tabla 24). El cual se ajustó mediante la técnica backward para eliminar las variables donde se muestra que el modelo final, fue significativo mostrando que estando presente la variable autoeficacia anticonceptiva ($\beta = 0.21, p < .05$) puede haber mayor intención de anticoncepción, explicando el 10 % de la varianza (tabla 25).

Tabla 24

Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el seguimiento

Seguimiento	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo PaRe	0.15	.10	-0.00	1.57
Actitud hacia la anticoncepción	-0.11	.34	-0.05	0.01
Rol de género en la sexualidad	0.17	.13	-0.00	0.09
Identidad étnica	0.12	.20	-0.01	0.07
Autoeficacia anticonceptiva	0.21	.03**	0.00	0.06

Nota. $n = 114$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

Tabla 25

Modelo de regresión lineal múltiple para la intención anticonceptiva en el seguimiento mediante la técnica backward

Seguimiento	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo PaRe	0.10	.23	-0.22	1.35
Autoeficacia anticonceptiva	0.21	.01 **	0.01	0.05

Nota. $n = 114$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

En el caso donde la variable resultado fue la conducta anticonceptiva en los adolescentes en el postest y seguimiento, mediante una regresión lineal múltiple en el postest el modelo resultó significativo $F(3, 113) = 8.85$, $p < .05$, estando presente el grupo PaRe (tabla 26). Para lo cual se ajustó el modelo final mediante la técnica de backward, donde se muestra que la intervención pudiera resultar efectiva con las variables como la autoeficacia anticonceptiva ($\beta = 0.20$, $p < .05$) y la intención de anticoncepción ($\beta = 0.30$, $p < .05$) explicando el 19 % de la varianza (tabla 27).

Tabla 26

Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el postest

Postest	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Actitud hacia la anticoncepción	-0.11	.30	-0.14	0.03
Conocimiento anticonceptivo	0.06	.55	-0.20	0.44
Comunicación sexual con los padres	0.04	.65	-0.07	0.12
Influencia sexual de pares	0.02	.79	-0.33	0.46
Rol de género en la sexualidad	0.08	.37	-0.05	0.17

(Continúa)

Tabla 26

Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el postest

(Continuación)

Postest	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Identidad étnica	0.11	.21	-0.2	0.19
Autoeficacia anticonceptiva	0.20	.03	0.01	0.14
Intención anticonceptiva	0.28	.00	0.32	1.11
Grupo PaRe	0.10	.26	-0.66	3.34

Nota. $n = 117$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

Tabla 27

Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el postest

mediante la técnica backward

Postest	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo PaRe	0.09	.26	-0.60	3.10
Autoeficacia anticonceptiva	0.20	.02**	0.02	0.13
Intención de anticoncepción	0.30	.00**	0.39	1.12

Nota. $n = 117$; * $p < .10$, ** $p < .05$; IC= intervalo de confianza

En el seguimiento, mediante la regresión lineal múltiple, el modelo resultó significativo $F(9,104) = 5.01$, $p < .05$, estando presente el grupo PaRe (tabla 28). Dicho modelo se ajustó mediante la técnica de backward, donde se mostró que puede resultar efectiva con las variables de autoeficacia anticonceptiva ($\beta = 0.25$, $p < .05$) y la intención de anticoncepción ($\beta = 0.39$, $p < .05$) explicando el 27 % de la varianza (29).

Tabla 28

Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el seguimiento

Seguimiento	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Actitud hacia la anticoncepción	-0.14	.19	-0.15	0.01
Conocimiento anticonceptivo	0.15	.11	-0.01	0.57
Comunicación sexual con los padres	0.01	.85	-0.08	0.10
Influencia sexual de pares	-0.16	.06	-0.83	-0.05
Rol de género en la sexualidad	0.00	.95	-0.11	0.12
Identidad étnica	0.04	.60	-0.7	0.14
Autoeficacia anticonceptiva	0.23	.01	0.03	0.17
Intención anticonceptiva	0.38	.00	0.62	1.37
Grupo PaRe	0.01	.88	-1.76	2.10

Nota. $n = 114$; $*p < .10$, $**p < .05$; IC= intervalo de confianza

Tabla 29

Modelo de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva en el seguimiento mediante la técnica backward

Seguimiento	β	p	IC 90%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo PaRe	-0.00	.96	-1.79	1.69
Autoeficacia anticonceptiva	0.25	.00**	0.04	0.16
Intención de anticoncepción	0.39	.00**	0.67	1.39

Nota. $n = 114$; $*p < .10$, $**p < .05$; IC= intervalo de confianza

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados de acuerdo con los objetivos e hipótesis. En primer lugar, se discuten los hallazgos del objetivo general relacionado con la eficacia preliminar, posteriormente se discuten los resultados sobre las hipótesis que se plantearon. Finalmente se discuten los hallazgos de factibilidad y aceptabilidad.

El principal objetivo de este estudio fue determinar la eficacia preliminar, lo cual fue evaluado considerando dos resultados a corto plazo que fueron la intención de anticoncepción y la conducta anticonceptiva.

Se determinó que la intervención puede resultar efectiva cuando se encuentran presentes las variables como la influencia sexual de pares, la autoeficacia y el conocimiento anticonceptivo. Lo que significa que la intención anticonceptiva de los participantes podría relacionarse con su participación en la intervención PaRe, donde los participantes mejoraron su conocimiento sobre los anticonceptivos, aprendieron a distinguir la importancia de su uso en diferentes situaciones de riesgo, mejoría en la habilidad para utilizarlos y manifestar esa intención de usar anticoncepción en sus relaciones sexuales.

Eggers et al., (2016) y Wang et al., (2004) reportaron hallazgos similares en donde la autoeficacia y las normas subjetivas se relacionaron con la intención de usar anticonceptivos y los participantes que presentaron mayor autoeficacia, mayor conocimiento anticonceptivo tuvieron mayor intención de usar anticoncepción. Sumado a ello Oman et al., (2016) en un estudio de intervención los participantes de la intervención mejoraron en el conocimiento de métodos anticonceptivos, autoeficacia con relación a las relaciones sexuales con protección y mejoría en la intención de usar condón en las relaciones sexuales.

Considerando lo anterior para poder mejorar en la intención de uso de anticoncepción en los adolescentes, la sesión de consejería podría emplear otras estrategias en la implementación. El proceso de continuidad de las sesiones de PaRe origina esa confianza entre los consejeros y los adolescentes para poder reconocer las necesidades de cada uno de los adolescentes que pudieran influir en la intención de utilizar anticonceptivos.

Para el caso donde se consideró como variable resultado determinar la conducta anticonceptiva en los adolescentes en el postest y seguimiento, se encontró la autoeficacia y la intención anticonceptiva. Lo que significa que un cambio en la conducta de los adolescentes puede estar determinado por la autoeficacia y la intención de utilizar métodos anticonceptivos. Este resultado coincide con Hamidi et al., (2018) y Caudillo et al., (2015) donde las participantes que reportaron mayor autoeficacia anticonceptiva tenían más probabilidad de utilizar anticonceptivos. Del mismo modo Villalobos et al., (2017) reportaron que la baja autoeficacia respecto al uso del condón está relacionada con el uso del condón y las necesidades insatisfechas de anticoncepción. En este caso algunos factores que influyeron en la conducta anticonceptiva de los adolescentes fue que algunos refirieron no tener pareja por lo que no consideraban a corto plazo usar anticonceptivos.

Para la hipótesis uno donde los adolescentes que participen en la intervención PaRe tendrán mayores puntajes en cuanto al conocimiento anticonceptivo en comparación con el grupo control al postest y a los dos meses.

Se encontró que para esta variable las medias fueron similares en el grupo PaRe y control; en el postest el grupo PaRe tuvo un ligero aumento, pero no fue significativo y se mantuvo en el seguimiento frente al grupo control. Este ligero aumento en el postest podría deberse que en la intervención se abordó información detallada de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como sus ventajas y desventajas.

El hallazgo coincide con lo reportado por Chinman et al., (2018) en una intervención realizada en entornos comunitarios donde los resultados no mostraron diferencias en ambos grupos en cuanto al conocimiento del condón. Así mismo es diferente a lo que reportan Coyle et al., (2006) y Sánchez et al., (2016) donde en el primer estudio el grupo intervención evidenció que a los seis meses de la intervención el grupo que recibió la intervención mostró mayor conocimiento sobre el uso de condón; en el segundo estudio el grupo intervención presentó mayor conocimiento sobre el uso del condón. La diferencia en los resultados puede deberse que estos estudios se enfocaron sólo en el uso del condón. En este sentido lo que pudo haber influido que los conocimientos sobre anticoncepción no mejoraran es que no todos los participantes mostraron interés para que la información les aprovechara en un mayor plazo.

Para la hipótesis dos donde los adolescentes indígenas que recibirán la intervención PaRe obtendrán mayores puntajes en la medida de lo posible sobre las creencias de igualdad hacia los roles del hogar y en la sexualidad de ambos en sus relaciones de pareja a comparación del grupo control en el postest y a los dos meses. Se mostró en el postest un cambio muy mínimo en las medias, sin embargo, en el seguimiento tuvo una ligera disminución.

Lo que significa que los participantes posteriormente a la intervención mejoraron su percepción de igualdad respecto a los roles del hogar y en la sexualidad con una pareja, lo que puede llegar a influir en un futuro para la negociación de anticonceptivos en las relaciones sexuales. Este hallazgo coincide con lo reportado por Ahinkorat et al., (2020) donde reportaron que las adolescentes que tenían la capacidad de tomar decisiones respecto a su salud sexual tuvieron mayor probabilidad de utilizar algún método anticonceptivo. Tapia et al., (2017) señala que respecto al rol de género en la actualidad se observan cambios en la forma de comportarse entre las mujeres y hombres, donde los roles tradicionales se han transformado y las prácticas sexuales de las generaciones más jóvenes tienden a ser más igualitarias. En este caso el hecho de que la

mentalidad sobre el rol que debe ejercer la mujer es positiva pudiera llegar a empoderar a las mujeres para poder tomar decisiones respecto a su sexualidad.

Para la hipótesis tres donde los participantes que recibirán la intervención PaRe reforzarán su percepción de pertenencia a su grupo étnico obteniendo mayores puntajes en el postest y en el seguimiento en comparación con el grupo control. Se evidenció que los participantes de ambos grupos mostraron medias similares en la variable identidad étnica. Donde en el grupo PaRe la media se mantuvo en el postest, pero para el seguimiento disminuyó casi cuatro puntos. Sin embargo, esto no siempre puede estar relacionado con el uso de anticonceptivos ya que en este estudio la variable de identidad étnica no influyó en el uso de anticoncepción en los adolescentes. El resultado difiere de lo reportado por Ma et al., (2014) donde en este estudio el valor cultural de los adolescentes se asoció con el uso del condón; Meneses-Tirado (2018) en su estudio se mostró que la identidad étnica se asoció significativamente con el uso del condón. El resultado del presente estudio pudiera tener relación en que en la comunidad no se realizan con frecuencia actividades vinculados al grupo étnico, como se mencionaba en el instrumento.

Con relación a la hipótesis cuatro donde los participantes que recibieron la intervención PaRe aumentarán las actitudes positivas hacia la anticoncepción en el postest y en el seguimiento a comparación del grupo control. Se reportó que los participantes de la intervención PaRe no mostraron mayores actitudes positivas hacia la anticoncepción en el pretest al igual que el grupo control. Para el postest en el grupo PaRe hubo un pequeño cambio sin embargo no fue significativo y en el seguimiento la media fue similar al pretest frente al grupo control. Este resultado coincide con lo reportado por Chinman et al., (2018a) donde los resultados mostraron que no hubo cambios en las actitudes hacia el condón. Así mismo difiere con los estudios de Oman et al., (2016) y Sanz et al., (2021) donde los participantes del grupo intervención mostraron un aumento en las actitudes hacia los métodos de protección posterior a la intervención.

Este resultado puede deberse que los adolescentes no tuvieron un mayor impacto en cuanto al conocimiento sobre anticoncepción por la falta de interés de mejorar el conocimiento o porque no tenían una relación de noviazgo en el momento del estudio lo cual pudo haber influido en las actitudes respecto a la anticoncepción.

Para la hipótesis cinco en donde se mostró que para la variable comunicación sexual las medias en el pretest fueron similares, así mismo para ambos grupos las medias no mostraron diferencia en el postest y en el seguimiento. Este hallazgo es similar a lo reportado por Melaku et al., (2014) donde menos de la mitad de las adolescentes reportaron tener una comunicación respecto a temas de salud sexual con sus padres; Millanzi et al., (2022) en su estudio reportaron que no hubo diferencias en la comunicación con los padres, más de la mitad de los participantes en ambos grupos nunca tuvieron esa comunicación con sus padres sobre temas de salud sexual y reproductiva. Así mismo el resultado de este estudio puede estar relacionado con un estudio donde en la entrevista los adolescentes mencionaron que ellos no se acercan a sus padres para hablar sobre temas sexuales porque son estrictos y que es más probable que reciban regaños en lugar de aconsejarlos (Aarons & Jenkins, 2002). En el caso de los participantes puede llegar a influir la parte cultural de la población, debido que la mayoría de los padres no siempre tienen la información necesaria o muchas veces les da vergüenza de hablar sobre este tipo de temas con sus hijos y esperan que los conocimientos sobre temas de sexualidad los adquieran en las instituciones educativas.

Para la hipótesis seis donde los participantes redujeron la percepción de influencias sobre la sexualidad proveniente de sus pares en el postest, y en el seguimiento frente al grupo control. Es decir que los participantes disminuyeron su creencia de que el hecho de que sus pares o sus amigos tuvieran relaciones sexuales no los hacía más populares y tampoco consideraban que ellos pudieran influir en la decisión de ellos de tener relaciones sexuales. Este resultado difiere con lo reportado en los estudios de Safter et al., (2019) y Calhoun et al., (2020) encontraron que los participantes

que hablaban acerca de la prevención de infecciones de transmisión sexual al menos una vez con sus parejas tenían mayores probabilidades de usar condón. Además, que las participantes que la mayoría de sus pares usaban anticonceptivos fueron más propensas a usar condones a comparación con otro método moderno.

En respuesta a la hipótesis siete en donde los participantes de la intervención desarrollaron mayor autoeficacia anticonceptiva en el posttest y en el seguimiento el puntaje bajó ligeramente a comparación del grupo control. Lo que significa que posterior a la intervención los participantes incrementaron la seguridad que poseen sobre utilizar anticonceptivos en las relaciones sexuales, es decir que a mayor autoeficacia mayor es la posibilidad de utilizar anticonceptivos. Este resultado coincide con Dancy et al., (2014) donde los adolescentes que participaron en la intervención reportaron mayores puntajes para la autoeficacia en el uso del condón a comparación del grupo control. Así mismo Deborah et al., (2019) en la intervención que realizaron los resultados mostraron que la autoeficacia percibida para el uso del condón fue significativo a los tres meses para el grupo que recibió la intervención frente al grupo control.

La hipótesis ocho donde se mostró que para la variable intención de anticoncepción mostraron medias similares para el grupo PaRe y control, no obstante, para los participantes del grupo PaRe tuvieron mayor intención de usar anticonceptivos a los dos meses de la intervención respecto al grupo control. Lo cual concuerda con Wilson et al., (2018) en la intervención donde el grupo intervención aumentó sus niveles de intención hacia el uso del condón; pero difiere con Chiman et al., (2018a) donde no existieron cambios en las medidas de intención sobre el condón. Una de las razones por las que en el posttest no hubo diferencias en la intención anticonceptiva se debe a que algunos participantes mencionaron que no tenían una relación de noviazgo en esos momentos del estudio.

Para la hipótesis nueve los resultados mostraron que la variable conducta anticonceptiva presentó medias diferentes en el posttest donde hubo diferencias significativas del grupo PaRe y en el seguimiento las medias fueron similares. Esto es similar a lo reportado por Kaljee et al., (2005) donde el grupo que participó en la intervención aumentó el uso de anticonceptivos en el posttest; Jemmott et al., (2010a); Vanygorti, (2020) y Villarruel et al., (2006) en el grupo intervención aumentó el uso constante de condones a comparación del grupo control, del mismo modo menos probabilidad de tener relaciones sin protección en comparación con el grupo control.

En este caso el estudio piloto con diseño experimental en la implementación y la evaluación de la eficacia preliminar de PaRe fue adecuado. El cual permitió poner en acción el proceso de reclutamiento, inscripción y evaluar los criterios de selección de los participantes que pudieran afectar a la validez de los resultados, contar con un grupo control permitió vivenciar en dos escenarios y visualizar que situaciones afectaron al momento de la recolección de datos. Por lo que es necesario realizar las modificaciones requeridas para un estudio en mayor escala y que la entrega de la intervención en los dos grupos sea consistente con la estructura al momento de la entrega en ambos grupos (Sidani & Braden, 2011).

Uno de los objetivos principales de este estudio fue también evaluar la factibilidad de la intervención mediante indicadores como la implementación, entrenamiento del consejero, los recursos materiales, el entorno y las barreras para la participación. La factibilidad de métodos mediante la aleatorización, tasas de reclutamiento, retención y recolección de los datos. En este caso la implementación de la intervención fue adecuada, sin embargo, es necesario realizar algunas modificaciones en el contexto, así mismo emplear estrategias para disminuir las barreras de participación en el estudio. Relacionado a los métodos resultaron oportunos en el proceso de reclutamiento, se obtuvo una buena tasa de retención y recolección de los datos. Por consiguiente, es necesario diseñar protocolos para el manejo de inconvenientes y pueda

ser de utilidad para mantener la factibilidad y fidelidad de la intervención en un futuro (Sidani & Braden, 2011).

La implementación de alguna de las sesiones de PaRe en el domicilio de los participantes tuvo algunos retos como el acceso del domicilio y la falta de privacidad, por lo que se requirió de paciencia y perseverancia para llevar a cabo la sesión. Situaciones similares reportaron Barlow et al., (2018) donde al acudir en los domicilios de los participantes se encontraron con espacios que no fueron favorables para llevar a cabo sus lecciones. Aunado a los desafíos se puede considerar que este escenario pudiera ser más cómodo si se planificara de acuerdo con los horarios de los demás miembros de la familia o en su caso el participante considerar que se realice en el espacio asignado por la responsable de la intervención. Por lo que es indispensable crear protocolos y procedimientos a seguir cuando se presenten contingencias para el acompañamiento y mantenimiento de la fidelidad a los responsables del programa para un estudio a futuro (Gitlin & Czaja 2016).

Del mismo se comprobó que la entrega en el contexto del ámbito educativo favoreció el acercamiento con los participantes y una mejor entrega, así mismo el espacio y mobiliario del aula fue más idóneo para llevar a cabo las sesiones. Lo que pudiera explicar esto es que el entorno controlado favoreció la presencia de factores externos. Aunado a lo anterior en la implementación de una intervención debe existir emotividad y afectividad por parte del consejero lo cual se relaciona claramente con un vínculo de confianza entre el consejero y los adolescentes y esto permitirá la participación y colaboración de los adolescentes (Herrera-Pastor et al., 2018 & Melendro et al., 2016).

Dentro de las barreras para la participación se encontró que la inasistencia a las clases y la falta de respuesta en los domicilios. Lo cual podría explicarse que algunos adolescentes se ausentaban de clases por su trabajo o algunas cuestiones familiares que les surgían. Por lo anterior es necesario crear algunas estrategias como tener algún

contacto con los tutores de los estudiantes para generar ese acercamiento y crear esa confianza con los participantes Gitlin y Czaja (2016).

En lo que refiere a las características sociodemográficas estudios de intervención similares se observaron diferencias en el promedio de edad Jemmott et al., (2010) reportaron una edad promedio menor de las participantes. Con relación a la ocupación de los participantes, coincide con los estudios de Andrade et al., (2009); Coyle et al., (2006) y Taylor, (2014), donde los participantes reportaron ser estudiantes ya que fueron intervenciones que fueron ejecutadas en un ámbito escolar. Así mismo se destacó una mayor proporción de participantes del sexo femenino lo cual coincide con el estudio de Villarruel et al., (2006) realizado en estudiantes latinos donde destacaron un mayor número de mujeres. Esto se debe a que en las instituciones educativas hay más estudiantes del sexo femenino.

En cuanto a la edad media de la primera relación sexual difiere con lo que reportaron Sanz et al., (2021) donde fue mayor lo que pudiera explicar esta diferencia es que los participantes fueron jóvenes y en nuestro estudio nos enfocamos en adolescentes, así mismo. Así mismo difiere con lo reportado por Ramirez-Espinobarros, (2021) donde la edad de la primera relación sexual fue mayor debido que se enfocó en jóvenes, aunque en el mismo contexto.

En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual la mitad de los participantes los utilizó, siendo el condón el método más utilizado, este hallazgo coincide con Ballinas et al., (2012); Parker et al., (2019) y Thao et al., (2020); donde los participantes reportaron el condón como el anticonceptivo más utilizado en la primera relación sexual. Lo que significa que el condón es el método más conocido por los adolescentes debido a su fácil acceso.

Asimismo, este estudio tuvo como finalidad analizar la aceptabilidad de los participantes sobre la intervención Pasos Responsables mediante la tasa de aceptación, tasa de abandono, carga de los participantes y satisfacción con la intervención.

Considerando los resultados se puede concluir que la intervención fue aceptable de acuerdo con la satisfacción reportada por los participantes y el porcentaje de aceptación el cual fue bueno, sin embargo, se presentó una alta carga para la participación en el estudio. Widman et al., (2017) y Cornelius et al., (2013) reportaron que a los participantes les agradó la intervención, consideraron que el programa era bueno y es necesario educar a los jóvenes, así mismo que lo recomendarían a sus amigos. Otro de los resultados fue la tasa de abandono de los participantes con relación a la tasa de deserción se puede considerar adecuado. Otra de las situaciones que se presentaron fue la carga de participación donde más de la mitad de los participantes realizaron actividades académicas durante la entrega de las sesiones. Lo cual se debe que los estudiantes reportaron gran número de tareas de las diferentes materias y que algunos que trabajaban no les daba tiempo de terminarlas en casa y las culminaban en el aula. Para lo cual se necesita efectuar una serie de estrategias que puedan disminuir la carga de la participación para los participantes.

Limitaciones del Estudio

En este caso el periodo de reclutamiento de los participantes se empalmó con el periodo de cierre de semestre. Así mismo una limitación no modificable fue el paso del huracán Otis el cual provocó la suspensión de clases lo cual aplazó el periodo que se tenía programado para llevarlo a cabo.

El uso de la escala de medición para la variable de identidad étnica no permitió medir la identidad étnica debido que el instrumento describía algunas actividades con respecto al grupo étnico y se omitían cuestiones relacionadas con identificarse como parte de una etnia.

La falta de un espacio con mayor privacidad en la institución educativa no permitió que los participantes tomaran la sesión individualizada en la institución.

Durante el seguimiento de los participantes se acudió a la institución en el horario de clases para poder identificar algún espacio libre y poder acceder a los participantes, lo que originó que el procedimiento se retrasara un poco de lo programado.

Conclusiones

La falta de una intervención en población indígena fue lo que permitió la implementación de PaRe el cual se desarrolló a partir de otras intervenciones efectivas utilizando como base el Modelo para la Conducta Anticonceptiva de Adolescentes indígenas (Benavides et al., 2022) el cual fue adecuado para comprender la intención y la conducta de los adolescentes.

El acercamiento cualitativo permitió identificar la necesidad de realizar una intervención, de igual modo contribuyó a incluir algunos elementos del programa considerando las características de la población.

Se identificó que a corto plazo la intervención pudiera funcionar si están presentes las variables como la influencia sexual de pares, autoeficacia anticonceptiva, conocimiento e intención de anticoncepción.

Los resultados mostraron que a través de la intervención PaRe los adolescentes aumentaron en la medida de lo posible sus creencias de igualdad hacia los roles del hogar y en la sexualidad de ambos en sus relaciones de pareja, es decir que identificaron que el hombre y la mujer tiene las mismas posibilidades de decisión sobre el papel del hogar y en la sexualidad. Del mismo disminuyeron la percepción de las influencias negativas sobre la sexualidad, aumentaron la autoeficacia para el uso de anticonceptivos, los adolescentes se sintieron más preparados para utilizar algún método anticonceptivo y por último mostraron mayor intención de utilizar anticonceptivos.

La intervención PaRe demostró ser factible, se presentaron algunas dificultades en el acceso a los domicilios, la falta de privacidad para llevar a cabo algunas sesiones, existieron barreras que dificultaron la participación de los adolescentes, así como en el seguimiento, pero fue mínimo.

El programa fue aceptable, los participantes mostraron que las sesiones fueron de su agrado, incrementándose en cada una de las sesiones, así mismo en la reflexión que hicieron lograron identificar la importancia de recibir educación sexual para poder evitar embarazos.

La intervención PaRe contiene sesiones dinámicas que lograron captar el interés de los participantes, así mismo la interacción que tuvieron con otros adolescentes en el desarrollo de las actividades.

La implementación del estudio constituyó un paso muy importante en esta población y para las instituciones educativas que resaltaron la importancia de programas de educación sexual para los estudiantes que se encuentran en la etapa de la adolescencia.

Recomendaciones

Se recomienda acudir con anticipación a las instituciones educativas donde se pretende implementar la intervención para establecer una programación y así evitar que la recolección coincida con los periodos de exámenes finales y cierre de semestre.

Considerar obtener un espacio cercano a la institución educativa para la tercera sesión individualizada para obtener mayor participación.

Incrementar el tamaño de la muestra para obtener una mejor validez del estudio.

En lo que respecta a la medición de la variable de identidad étnica se debe considerar el uso de algún otro instrumento, ya que el que se utilizó no es el idóneo ya que este instrumento se enfoca en la pertenencia con el grupo étnico.

Capacitar a los docentes que imparten materias relacionadas a las ciencias de la salud para que cuenten con los conocimientos relacionados a la sexualidad y anticoncepción para que puedan orientar a los adolescentes.

En estudios futuros incluir la participación de los padres o tutores donde se incluyan variables como apoyo familiar para el uso de anticonceptivos, esto con la finalidad de generar un cambio en la variable.

Hacer uso de recordatorios impresos durante el proceso de reclutamiento y programación de cada sesión.

Tener en cuenta el uso de las redes sociales, como Facebook y WhatsApp para resolver dudas e inquietudes sobre temas relacionados a la anticoncepción u otro tema de interés del participante, así mismo mantener contacto permanente con los participantes.

Establecer una alianza con el personal responsable de servicios amigables para que los adolescentes acudan al centro de salud a solicitar el método anticonceptivo de interés.

Referencias

- Abiodun O. (2016). Use of emergency contraception in Nigeria: An exploration of related factors among sexually active female university students. *Sexual & reproductive healthcare* .7, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.10.004>
- Ahmed, Z. D., Sule, I. B., Abolaji, M. L., Mohammed, Y., & Nguku, P. (2017). Knowledge and utilization of contraceptive devices among unmarried undergraduate students of a tertiary institution in Kano State, Nigeria 2016. *The Pan African medical journal*, 26, 103. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.103.11436>
- Ames, P. (2021). ¿De niñas a mujeres? Infancia, menstruación y desigualdades en la escolaridad de niñas shipibas de la Amazonía peruana. *Indiana*, 38 (1), 121-144. [10.18441/ind.v38i1.121-144](https://doi.org/10.18441/ind.v38i1.121-144)
- Arvizu, V., Flamand, L., González, M. y Olmeda, J.C. (2022). Embarazo temprano en México. Panorama de estrategias públicas para su atención (1ra ed.). El colegio de México, Red de Estudios sobre Desigualdades. ISBN 978-607-564-398-4
- Asmamaw, D. B., Eshetu, H. B., & Negash, W. D. (2022). Individual and Community-Level Factors Associated With Intention to Use Contraceptives Among Reproductive Age Women in Sub-Saharan Africa. *International journal of public health*, 67, 1604905. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604905>
- Ávila Benito, C. M., Espinoza Ventura, J. C., Matos Enriquez, C. N., & García Meza, M. (2016). Estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 152–172. <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/366>
- Ahinkorah, B. O, Hagan, J. E., Seidu, A.A., Sambah, F., Adoboi, F., Schack, T. y Budu., E. (2020) Capacidad de toma de decisiones sobre salud reproductiva de las adolescentes y uso de anticonceptivos en el África subsahariana: ¿Qué nos depara el futuro? *PLOS ONE* 15(7), 3-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235601>

- Ballinas-Urbina, Y., Evangelista-García, A., Nazar-Beutelspacher, A. y Salvatierra Izabal, Benito. (2015). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Papeles de población*, 21(83), 253-286.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000100009&lng=es&tlng=es.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought & action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Black, K. J. (2011). Contraceptive Attitude Scale. In Routledge (Ed.), *Handbook of sexuality-related measures* (3th ed., p. 179). Taylor & Francis.
- Bartholomew Eldredge LK, Markham C. M., Ruitter R. A. C., Fernandez M. E., Kok G, & Parcel G. S (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach* 4th ed. San Francisco, CA::Jossey-Bass.
- Benavides-Torres, Meneses-Tirado, Ramírez-Espinobarros, Ramírez-Calderón, Barbosa-Martínez, Onofre-Rodríguez, Márquez-Vega, Champion (2022). Modelo para la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas.
- Calhoun, L. M., Mirzoyants, A., Thuku, S., Benova, L., Delvaux, T., van den Akker, T., McGuire, C., Onyango, B., & Speizer, I. S. (2022). Perceptions of peer contraceptive use and its influence on contraceptive method use and choice among young women and men in Kenya: a quantitative cross-sectional study. *Reproductive Health*, 19(1), [16]. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01331-y>
- Caudillo-Ortega, L., Benavides Torres, R. A., Harrison, T., Montañez Frausto, M. A., Moreno Pulido, M. E., & Hernández Ramos, M. T. (2016). Autoeficacia Para la Anticoncepción y Conducta Anticonceptiva en Mujeres Jóvenes. *Cuidados De*

Enfermería Y Educación En Salud, 2(1), 84–94.

<https://doi.org/10.15443/ceyes.v2i1.802>

Caudillo-Ortega, L. (2016). Modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres desde un abordaje con métodos mixtos [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional.

<http://eprints.uanl.mx/13642/1/1080238179.pdf>

Castillo-Arcos, L. C. (2012). Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/Sida [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <https://eprints.uanl.mx/2641/>

Champion, J. D., J. L. Collins. 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.

Cheong, J. I., Lee, Ch. H., Park, J. H., Ye, B. J., Kwon, K. A., Lee, Y. S., & Yoo, J. H. (2015). The effect of early menarche on the sexual behaviors. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 20(3),130-135.

<https://doi.org/10.6065/apem.2015.20.3.130>

Chinman, M., Acosta, J., Ebener, P., Malone, P. S., & Slaughter, M. E. (2018). A Cluster-Randomized Trial of Getting To Outcomes' Impact on Sexual Health Outcomes in Community-Based Settings. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 19(4), 437–448.

<https://doi.org/10.1007/s11121-017-0845-6>

Cristina Mogro-Wilson, Aubri Drake, Emil Coman, Toral Sanghavi, Melanie Martin-Peele & Judith Fifield (2020) Increasing condom usage for African-American and hispanic young fathers in a community based intervention, *Ethnicity & Health*, 25:3, 408-419, DOI: 10.1080/13557858.2018.1427704

- Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2022 (septiembre 2022). Características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva.
- Cornelius, J. B., Dmochowski, J., Boyer, C., St Lawrence, J., Lightfoot, M., & Moore, M. (2013). Text-messaging-enhanced HIV intervention for African American adolescents: a feasibility study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 24(3), 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2012.06.005>
- Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (2019). Necesidades de atención en la población indígena. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Poblacion_adolescente_indigena.pdf
- Doncel de la colina, J.A., Ocampo Alvarado, J.C., Mireles Estrada, C.F. (2022). Conformación sociocultural de comunidades indígenas urbanas: roles de género, sexualidad y embarazos precoces. *CONflnes*, 18 (34), 29-53. <https://doi.org/10.46530/cf.vi34/cnfns.n34.p29-53>
- Dulock, H., & Holzemer, W. L. (1990). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2). <https://doi.org/10.1177/0021955X9903500605>
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID]. (2018). Principales resultados. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID]. (2024). Comunicado de prensa. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
- Estrada, Fátima, Campero, Lourdes, Suárez-López, Leticia, Vara-Salazar, Elvia de la, & González-Chávez, Guillermo. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*, 59(5), 556-565. <https://doi.org/10.21149/7959>

- Ekholuenetale, M., Olorunju, S., Fowobaje, K. R., Onikan, A., Tudeme, G., & Barrow, A. (2021). When Do Nigerian Women of Reproductive Age Initiate and What Factors Influence Their Contraceptive Use? A Contextual Analysis. *Open access journal of contraception*, 12, 133–147. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S316009>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (28 de febrero de 2018). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. <https://mexico.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-3>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- Fuenmayor, G., & Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9(22), 187-202.
- Gallegos, Esther C, Villarruel, Antonia M, Loveland-Cherry, Carol, Ronis, David L, & Yan Zhou, MS. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100012&lng=es&tlng=es.
- Galavotti, C., Cabral, R. J., Lansky, A., Grimley, D. M., Riley, G. E., & Prochaska, J. O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American*

Psychological Association, 14(6), 570–578. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.14.6.570>

- Gálvez-Espinosa, Maydel, Rodríguez Arévalo, Lina, & Rodríguez Sánchez, Cornelio Osvaldo. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 280-289. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015&lng=es&tlng=es.
- Gitlin, L., & Czaja, S. (2016). *Intervention Research. Designing, evaluating, and implementing*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Gómez-Suárez, M., Mello, M. B., Gonzalez, M. A., Ghidinelli, M., Pérez, F. (2019) Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. *J Int AIDS Soc*, 22(4), 2527.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.)*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders
- Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., & Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, 95(2), 190–197.
- Haley, T., Puskar, K., Terhorst, L., Terry, M. A., & Charron, P. D. (2012). Condom use among sexually active rural high school adolescents personal, environmental, and behavioral predictors. *The Journal of School Nursing*, 29(3), 212-224. [10.1177/1059840512461282](https://doi.org/10.1177/1059840512461282)
- Herrera-Pastor, D., Padilla-Carmona, M. y González-Monteagudo, J. (2018). Acompañamiento sociopedagógico, holismo y longitudinalidad: Claves de una buena práctica con un menor infractor. *Revista Fuentes*, 22(1), 53-64. <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2020.v22.i1.05>

- Hosseini Hooshyar, S., Karamouzian, M., Mirzazadeh, A., Haghdoost, A. A., Sharifi, H., & Shokoohi, M. (2018). Condom Use and its Associated Factors Among Iranian Youth: Results From a Population-Based Study. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 1007-1014. [10.15171/ijhpm.2018.65](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.65)
- Hamidi, O. P., Deimling, T., Lehman, E., Weisman, C., & Chuang, C. (2018). High Self-Efficacy Is Associated with Prescription Contraceptive Use. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 28(6), 509–513. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.04.006>
- Hutchinson, M. K., & Cooney, T. M. (1998). Patterns of parental-teen sexual risk communication: implications for intervention. *Family Relations*, 47, 185–194.
- Hubert, C., Villalobos, A., & Suárez-López, L. (2020). Cambios en el calendario de uso de condón masculino en la primera y última relación sexual en distintas cohortes de mujeres. *Salud Pública de México*, 62(1), 105–113. <https://doi.org/10.21149/10418>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022 (8 de agosto de 2022). Estadística a propósito del día internacional de los pueblos indígenas. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
- Jemmott, J. B., 3rd, Jemmott, L. S., Braverman, P. K., & Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(5), 440–449. <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.5.440>
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., En, M., Gutiérrez-Castrellón, P., Hernández-Garduño, A., Mc, M., ... Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones

- éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6).
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n6/22570.pdf>
- Lopez, L. M., Bernholc, A., Chen, A. & Tolley, E. E. (2016). School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6 (CD012249). 10.1002/14651858.CD012249.
- Ma, M., Malcolm, L. R., Diaz-Albertini, K., Klinoff, V. A., Leeder, E., Barrientos, S., & Kibler, J. L. (2014). Latino cultural values as protective factors against sexual risks among adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1215–1225.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.012>
- Márquez, V. A. & Benavides, T. R. A. (2012). Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbanomarginales. <https://www.researchgate.net/publication/269278059>
- Martínez de Velasco, A. y Nosnik, A. (1988). *Comunicación Organizacional Práctica. Manual Gerencial*. Trillas.
- Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3>
- Melendro, M., de Juanas, A. y Rodríguez, A. (2016). Déficit en la intervención socioeducativa con familias de adolescentes en riesgo de exclusión. *Revista Bordón. Sociedad Española de Pedagogía*, 69(1), 123-138.
<https://doi.org/10.13042/Bordon.2016.48596>
- Melaku, Y. A., Berhane, Y., Kinsman, J., & Reda, H. L. (2014). Sexual and reproductive health communication and awareness of contraceptive methods among secondary school female students, northern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC public health*, 14, 252. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-252>
- Meneses-Tirado, M.A. (2018). Modelo de conducta sexual segura en

- adolescentes de la comunidad Náhuatl las Lomas, Puebla [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/16371/>
- Millanzi, W,C., Kibusi,S,M., Osaki, K, M. (2022) Effect of integrated reproductive health lesson materials in a problem-based pedagogy on soft skills for safe sexual behaviour among adolescents: A school-based randomized controlled trial in Tanzania. *PLOS ONE*, 17(2): e0263431.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263431>
- Morenz, A. M., Hernandez, J. C., Yates, K., Kennedy, M. A., Groisser, A., Coyoy, O., Kim, J., Castillo, R., & Zuleta, C. (2020). Effectiveness of a school-based intervention in Guatemala to increase knowledge of sexual and reproductive health. *International journal of adolescent medicine and health*, 33(6), 487–492.
<https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0226>
- Mora-Cancino, A. M., y Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(5), 294-301.
- Murad-Rivera, R., Rivillas-García, J.C., Vargas-Pinzón, V., y Forero-Martínez., L. J. (2018). Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas. *Asociación Profamilia*, 1-14.
DOI:10.13140/RG.2.2.22412.95362
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (28 de febrero de 2018). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Green, J., Fluhr, J., & Williams, J. (2016). Short-Term Impact of a Teen Pregnancy-Prevention Intervention Implemented in Group Homes. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for*

Adolescent Medicine, 59(5), 584–591.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.002>

Ocaña-Zúñiga, J., García-Lara, G. A., Hernández-Solís, S., Cruz-Pérez, O., y Pérez-Jiménez, C. E. (2021). Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México). *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 68-93. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.1.155.3>

Ojeda, L., & Liang, C. T. H. (2014). Ethnocultural and gendered determinants of coping among Mexican American adolescent men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 296-304. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033293>

Organización Mundial de la salud [OMS]. (31 de enero de 2020). El embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Mundial de la salud [OMS]. (10 de abril de 2024). El embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] México. (27 de septiembre de 2021). Todos los años hay 10 mil embarazos de niñas menores de 15 años en México: UNFPA. <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>

Oringanje, C., Meremikwu, M.M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. & Ehiri, J.E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (CD005215). [10.1002/14651858.CD005215.pu3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pu3)

Osorio, P. C., Romero, Z. J. A., Romero, M. R. S., & Romero, Z. H. (2015). Relaciones de género y sexualidad en indígenas otomís de secundaria. *Digital ciencia@UAQ*, 8(1), 1-12.

- Parker, J. J., Veldhuis, C. B., Hughes, T. L., & Haider, S. (2019). Barriers to contraceptive use among adolescents in two semi-rural Nicaraguan communities. *International journal of adolescent medicine and health*, 32(5), 10.1515/ijamh-2017-0228. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0228>
- Pérez-Blanco, Aida, & Sánchez-Valdivieso, Enrique. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
- Pulerwitz, J., & Barker, G. (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and masculinities*, 10(3), 322-338. 10.1177/1097184X06298778
- Phinney, J. S., & Ong, A. D. (2007). Conceptualization and measurement of ethnic identity: Current status and future directions. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 271-281. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.271>.
- Ramírez-Espinobarros, Y. (2021). *Actitud y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes indígenas* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/22177/1/1080315256.pdf>
- Red por los Derechos de la Infancia en México [REDIM] (25 de enero de 2024). Ficha Técnica: Infancia y adolescente en Guerrero. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2024/01/25/ficha-tecnica-infancia-y-adolescencia-en-guerrero-enero-2024/>
- Rinehart, D., M, S, L., Durfee, J., Stowell, Cox, M., Gale, T., Shlay, J., Havranek, E. (2019) Acceptability and efficacy of a sexual health texting intervention designed to support adolescent females, *Academic Pediatrics* <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.09.004>
- Ríos-Zertuche, D., Blanco, L. C., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E. B., Colombara, D. V., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries.

Contraception, 95(6), 549–557.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.005>

Rocha-Velázquez, M. E., Ruiz-Paloalto, M. L., & Padilla-Raygoza, N. (2017).

Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México. *Acta universitaria*, 27(4), 52-58.

<https://doi.org/10.15174/au.2017.1086>

Rodríguez-Otero, L. M. (2016). El embarazo a temprana edad. Perspectiva de

progenitores y madres adolescentes. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 11, 81-107. <https://doi.org/10.4995/reinad.2016.474>

Rodríguez Cerda, J. J., & Valero, M. A. R. (2021). Actitudes sobre sexualidad en

adolescentes pertenecientes a comunidades indígenas y mestizas en situación de vulnerabilidad de escuelas secundarias en la zona metropolitana de Monterrey.

Realidades Revista De La Facultad De Trabajo Social Y Desarrollo Humano, 10(2), 53–66. <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/123>

Ruey-Hsia, W., Shu-Yuan, J., & Yung-Mei, Y. (2011). Psychometric testing of the

Chinese version of the Contraceptive Behavior Scale: a preliminary study.

Journal of Clinical Nursing, 22(7–8), 1066–1072.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03785.x>

Sánchez-Meneses M. C, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas E. R. (2015) Conocimiento y

uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam.* 22(2), 35-38.

Sánchez-Medina, R., Enríquez-Negrete, D. J. y Robles-Montijo, S. S. (2016).

Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*,

19(2), 257-268. doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.11

- Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., & Álvarez-Nieto, C. (2021). Educational program on sexuality and contraceptive methods in nursing degree students. *Nurse education today*, 107, 105114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105114>
- Saftner, M. A., Pruitt, K. S., & McRee, A. L. (2021). Conversation, Condoms, and Contraception: How Does Communication With Sexual Partners Affect Safer Sexual Behaviors Among American Indian Youth?. *The Journal of school nursing*, 37(2), 109–116. <https://doi.org/10.1177/1059840519849097>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Sigrid J. Aarons & Renee R. Jenkins (2002) Sex, Pregnancy, and Contraception-related Motivators and Barriers among Latino and African-American Youth in Washington, DC, *Sex Education*, 2:1, 5-30, DOI: 10.1080/14681810220133596
- Sosa-Sánchez, Itzel Adriana, & Menkes Bancet, Catherine. (2019). Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México. Un análisis a partir de la Enadid 2014. *Sociológica (México)*, 34(98), 59-84. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732019000300059&lng=es&tlng=es.
- Thao, Chia, Perez, Miguel A., Thao, Tou, & Vue, Kau. (2020). Contraceptive attitudes among hmong young adults in rural california. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 201-208. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2915>
- Tapia-Martínez, H., González-Hernando, C., & Puebla-Nicolás, E. (2018). Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. *Enfermería Universitaria*, 14(4). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.002>
- Taylor, M., Jinabhai, C., Dlamini, S., Sathiparsad, R., Eggers, M.S., & De Vries, H. (2014). Effects of a Teenage Pregnancy Prevention Program in KwaZulu-Natal, South

- Africa, *Health Care for Women International*, 35:7-9, 845-858, DOI: 10.1080/07399332.2014.910216
- Triana, A. Z., Flores, F.R., Sánchez, A.M. (2017). Negociación en el uso del condón en estudiantes universitarios, 9(17),19-23.9, 845-858, DOI: 10.1080/07399332.2014.910216
- Vázquez-Sandrín, G., & Ortiz-Ávila, E. (2020). Planificación familiar y fecundidad de la población indígena en el México urbano. *Papeles De Población*, 26(103), 157-184. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/11152>
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., 3rd, & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(8), 772–777. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.8.772>
- Villalobos, Aremis, Castro, Filipa de, Rojas, Rosalba, & Allen, Betania. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59(5), 566-576. <https://doi.org/10.21149/8481> }
- Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Massey, J., & Prinstein, M. J. (2017). Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills. *Health education research*, 32(4), 343–352. <https://doi.org/10.1093/her/cyx048>

Apéndices

Apéndice A
Preguntas Filtro

Fecha: _____

Folio: _____

1.- ¿Te consideras indígena?

Sí No

2.- ¿Hablas alguna lengua indígena?

Sí No

3.- ¿Tus padres se consideran indígenas?

Sí No

4.- ¿Tienes entre 11 y 21 años?

Sí No

5.- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

Sí No

6.- ¿Estás casado (a) o vives en unión libre?

Sí No

Si eres **mujer** contesta lo siguiente

7.- ¿Actualmente estás o crees estar embarazada?

Sí No No aplica (soy hombre)

Apéndice B

Cédula de Datos Personales

Fecha:

Folio: _____

Instrucciones: Estimado participante, a continuación, se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales y sexuales, favor de leer y marcar la opción que corresponda a los datos requeridos, contesta lo más honestamente posible, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, sólo tus vivencias y experiencias, las cuales son muy importantes para nosotros. Te recuerdo que toda la información que nos proporcionas es estrictamente confidencial. Gracias por tu participación.

1.-Edad: _____ años

2.- ¿Hablas alguna lengua indígena?

a) Sí Cuál: _____ b) No

3.- ¿Tus padres hablan alguna lengua indígena?

a) Sí Cuál: _____ b) No

4.- Ocupación

a) Estudio b) Estudio y trabajo c) Trabajo y no estudio d) Ninguno

5.- Sexo al nacer

a) Hombre b) Mujer

6.- Edad de la primera menstruación (mujeres)

o **primera eyaculación (hombres):** _____ años

7.- ¿Alguna vez has estado embarazada?

a) Sí b) No

8.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

_____ años b) No aplica

9.- En tu primera relación sexual, ¿usaste algún método anticonceptivo?

a) Sí b) No c) No aplica

10.- Si tu respuesta anterior fue Sí, señala con una X el método que utilizaste.

a. Método del Ritmo		b. Dispositivo intrauterino	
c. Coito interrumpido		d. Implante Subdérmico	
e. Método de Billings		f. Condón masculino	
g. Temperatura basal		h. Condón femenino	
i. Inyecciones		j. Anticoncepción de emergencia oral	
k. Anticonceptivos orales		l. Ninguno	
m. Parche		n. Otro: ¿Cuál? _____	

Apéndice C

Evaluación de la factibilidad de Goodard y Harding (2003)

Herramienta de factibilidad para la implementación de programas de prevención

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
				0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 No factible Extremadamente factible	
~ 167 puntos	Recursos				
14	Costos				
14	Entrenamiento del personal				
14	Acceso a personal calificado				
14	Disponibilidad de espacio				
14	Acceso a materiales del programa				
14	Acceso a equipo				
14	Acceso a información basada en ciencia				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 No factible Extremadamente factible	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
14	Entrenamiento para miembros de la comunidad y otros líderes claves				
14	Acceso a la población objeto				
14	Disponibilidad de otros servicios del programa (Por. Ej. Transporte)				
14	Incentivos para los participantes del programa				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 <small>No factible</small> <small>Extremadamente factible</small>	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
~ 167 puntos	Población objeto				
24	Relevancia cultural (Por ej. Normas, lenguaje)				
24	Demográficos (Por ej. Edad, sexo)				
24	Disponibilidad para aceptar un nuevo programa				
24	Ajuste con esfuerzos de prevención existentes				
24	Convencimiento de los líderes clave				
24	Historia favorable (Por ej. Incidentes críticos, éxito previo)				
24	Permisos (por ej. Para recolección de datos)				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 <small>No factible</small> <small>Extremadamente factible</small>	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
~ 167 puntos	Clima organizacional				
33	Disponibilidad para aceptar un nuevo programa				
33	Ajuste con esfuerzos de prevención existentes				
33	Convencimiento de los líderes clave				
33	Convencimiento del personal				
33	Historia favorable (Por ej. Incidentes críticos, éxito previo)				
33	Disponibilidad de datos de referencia				
33	Acceso a participantes en el tiempo				
33	Diseño simple del programa				
33	Acceso a evaluación de habilidades apropiadas				
33	Disponibilidad de recursos financieros para evaluación				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 No factible Extremadamente factible	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
~ 167 puntos	Evaluabilidad				
33	Disponibilidad de datos de referencia				
33	Acceso a participantes en el tiempo				
33	Diseño simple del programa				
33	Acceso a evaluación de habilidades apropiadas				
33	Disponibilidad de recursos financieros para evaluación				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 No factible Extremadamente factible	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
~ 167 puntos	Entorno comunitario				
28	Disponibilidad para aceptar un nuevo programa				
28	Ajuste con esfuerzos de prevención existentes				
28	Convencimiento de los líderes clave				
28	Historia favorable (Por ej. Incidentes críticos, éxito previo)				
28	Permisos (por ej. Para recolección de datos)				
28	Acceso a redes de referencia para participantes del programa				

Valor punto	Categoría	Requerimientos de la intervención	Capacidad	Escala de puntaje 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 No factible Extremadamente factible	Puntaje de factibilidad (Puntaje * Valor punto)
~ 167 puntos	Sostenibilidad futura				
24	Colaboración entre la comunidad y la organización				
24	Pertenencia de la comunidad				
24	Apoyo financiero renovable				
24	Liderazgo continuo				
24	Imagen positiva en la comunidad				
28	Acceso a redes de referencia para participantes del programa				
24	Organización anfitriona fuerte				
24	Fuerte defensor del programa o portavoz				

Apéndice D

Formato para Aceptabilidad de las sesiones de la intervención

1.- ¿El taller de la sesión 1 fue de su agrado?

Si No

2.- ¿La sesión 1 cumplió tus expectativas?

Bastante Algo Poco Nada

3.-Las actividades de la sesión 1.

- Me agradaron bastante
- Sólo algunas me agradaron
- La mayoría fueron de mi agrado
- Ninguna me agradó

4.- ¿Qué opina con relación al tiempo que duraba la sesión 1?

- El tiempo es suficiente
- Me hubiera gustado que durara más
- Me hubiera gustado que durara menos

5.- ¿El taller de la sesión 2 fue de su agrado?

Si No

6.- ¿La sesión 2 cumplió tus expectativas?

Bastante Algo Poco Nada

7.-Las actividades de la sesión 2.

- Me agradaron bastante
- Sólo algunas me agradaron
- La mayoría fueron de mi agrado
- Ninguna me agradó

8.- ¿Qué opina con relación al tiempo que duraba la sesión 2?

- El tiempo es suficiente

Me hubiera gustado que durara más

Me hubiera gustado que durara menos

9.- ¿La consejería de la sesión 3 fue de su agrado?

Si No

10.- ¿La sesión 3 cumplió tus expectativas?

Bastante Algo Poco Nada

11.- ¿Qué opinas en relación con el tiempo que duraba la sesión 3?

El tiempo es suficiente

Me hubiera gustado que durara más

Me hubiera gustado que durara menos

12.- ¿Cuál es la principal razón por la cual le motivó participar en la intervención?

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Convivir con otros adolescentes

Aprender nuevas cosas

Otro (escribir el motivo) _____

13.- ¿Cuál es su opinión de la persona encargada de impartir la intervención?

Muy buena

Buena

Regular

Inadecuado

14.- Si tiene algún comentario favor de escribirlo:

Apéndice E

Escala de Actitud Anticonceptiva (Black, 2011)

A continuación, se presentan varias afirmaciones sobre el uso de anticonceptivos (planificación familiar). Estamos interesados en saber su opinión acerca de cada afirmación. Usando la escala a continuación, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. También recuerde que estamos interesados en su opinión.

Por lo tanto, queremos saber cómo se siente con respecto a estas afirmaciones y no cómo cree que sus familiares o amigos puedan sentirse con respecto a estas afirmaciones.

Marque una X su opinión acerca de cada una de estas afirmaciones

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que está mal usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
2. Los anticonceptivos reducen el deseo sexual.	1	2	3	4	5
3. Usar anticonceptivos es mucho más deseable que abortar.	1	2	3	4	5
4. Los hombres que usan anticonceptivos parecen menos masculinos que los hombres que no los usan.	1	2	3	4	5
5. Animo a mis amigos a usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
6. No me involucraría sexualmente con una persona que no aceptó la responsabilidad anticonceptiva.	1	2	3	4	5

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. Los adolescentes no deben necesitar el permiso de sus padres para obtener anticonceptivos	1	2	3	4	5
8. Los anticonceptivos no son realmente necesarios a menos que una pareja haya tenido relaciones sexuales más de una vez	1	2	3	4	5
9. Los anticonceptivos hacen que el sexo parezca menos romántico	1	2	3	4	5
10. Las mujeres que usan anticonceptivos son promiscuas.	1	2	3	4	5
11. No tendría relaciones sexuales si no hubiera un método anticonceptivo disponible	1	2	3	4	5
12. No creo que los anticonceptivos realmente prevengan el embarazo	1	2	3	4	5
13. El uso de anticonceptivos es una forma de demostrar que te preocupas por tu pareja.	1	2	3	4	5
14. No hablo de anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Me sentiría avergonzado al discutir la anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5
16. Uno debe usar anticonceptivos sin importar cuánto tiempo haya conocido a su pareja sexual.	1	2	3	4	5
17. Los anticonceptivos son difíciles de obtener	1	2	3	4	5
18. Los anticonceptivos pueden hacer que el coito parezca más placentero.	1	2	3	4	5
19. Creo que la anticoncepción es responsabilidad exclusiva de mi pareja.	1	2	3	4	5
20. Me siento más relajado durante el coito si se usa un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
21. Prefiero usar anticonceptivos durante las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
22. En el futuro, planeo usar anticonceptivos cada vez que tenga relaciones sexuales	1	2	3	4	5
23. Practicaría la anticoncepción incluso si mi pareja no quisiera que lo hiciera.	1	2	3	4	5

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. No es problema usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
25. El uso de anticonceptivos hace que una relación parezca demasiado permanente.	1	2	3	4	5
26. El sexo no es divertido si se usa un anticonceptivo.	1	2	3	4	5
27. Vale la pena usar anticonceptivos, incluso si el costo monetario es alto.	1	2	3	4	5
28. Los anticonceptivos fomentan la promiscuidad.	1	2	3	4	5
29. Las parejas deben hablar sobre la anticoncepción antes de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
30. Si yo o mi pareja experimentamos efectos secundarios negativos de un método anticonceptivo, usaríamos un método diferente.	1	2	3	4	5
31. Los anticonceptivos hacen que el coito parezca demasiado planeado.	1	2	3	4	5
32. Me siento mejor conmigo mismo cuando uso anticonceptivos.	1	2	3	4	5

Apéndice F

Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA (Haynes et al. 2017)

Lee a continuación cada una de las siguientes preguntas y selecciona con un círculo, solo UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Durante el ciclo menstrual, ¿cuándo es más probable que quede embarazada?

- a. Durante su periodo (inicio de ciclo)
- b. Tres días después de que finalice su período
- c. Dos semanas antes de que comience su próximo período
- d. Tres días antes de que termine su período (fin de ciclo)
- e. No lo sé

2. ¿Cuánto tiempo pueden durar vivos los espermias en el cuerpo de una mujer?

- a. 1-3 horas
- b. 24 horas
- c. 3-5 días
- d. 7-10 días
- e. No lo sé

3. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el embarazo?

- a. No puedes quedar embarazada la primera vez que tienes relaciones sexuales.
- b. No puedes quedar embarazada si tienes relaciones sexuales de pie
- c. No puedes quedar embarazada si no tienes un orgasmo
- d. Ninguna de las anteriores es cierta
- e. No lo sé

4. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el coito interrumpido (“sacar el pene”) antes de la eyaculación?

- a. El semen puede salir antes de la eyaculación
- b. Sacar el pene funciona tan bien como los condones para prevenir el embarazo

- c. Sacar el pene puede proteger contra algunas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- d. Sacar el pene funciona tan bien como la pastilla para prevenir el embarazo
- e. No lo sé

5. ¿Qué método anticonceptivo garantiza que no quedará embarazada?

- a. Ninguno
- b. Usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales.
- c. Lavarse o bañarse inmediatamente después de tener relaciones sexuales
- d. "Sacar el pene" antes de la eyaculación
- e. No lo sé

6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir infecciones?

- a. La pastilla anticonceptiva
- b. Condones masculinos y femeninos
- c. La inyección
- d. El DIU (dispositivo intrauterino, la "T")
- e. No lo sé

7. Todo lo siguiente es VERDADERO sobre el uso de condones masculinos, EXCEPTO:

- a. Debe utilizar lubricantes a base de agua con espermicida
- b. Use dos condones para estar más seguro.
- c. Evite las burbujas de aire sujetando la punta del condón cuando se lo ponga
- d. Verifique la fecha de vencimiento y manténgalos en un ambiente fresco y seco (es decir, no en una cartera o en un carro)
- e. No lo sé

8. ¿En cuál de las siguientes formas, vienen los métodos anticonceptivos hormonales?

- a. En pastillas
- b. En parche
- c. En anillo vaginal
- d. Todas las anteriores
- e. No lo sé

9. ¿Cuál NO es un beneficio del uso de los métodos anticonceptivos hormonales?

- a. Mejora de la diabetes.
- b. Mejora del acné.
- c. Reducción de los calambres menstruales y problemas de sangrado como la anemia
- d. Disminución del riesgo de cáncer de ovario y matriz
- e. No lo sé

10. ¿Cuánto tiempo debe permanecer en su lugar el anillo vaginal (NuvaRing) antes de cambiarlo?

- a. Un día
- b. Una semana
- c. Tres semanas
- d. Un mes
- e. No lo sé

11. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer que los métodos anticonceptivos no funcionen bien?

- a. Medicamentos para las convulsiones (epilepsia)
- b. Medicina contra el VIH
- c. Suplementos de hierbas
- d. Todas las anteriores
- e. No lo sé

12. ¿Cómo funcionan las pastillas anticonceptivas?

- a. Evitan la ovulación

- b. Evita que el esperma entre en el útero
- c. Evita que el óvulo fertilizado se implante en el útero
- d. Evita que el embrión (feto) siga creciendo
- e. No lo sé

13. ¿Cuáles de los siguientes ingredientes pueden tener las pastillas anticonceptivas?

- a. Testosterona
- b. Estrógeno
- c. Magnesio
- d. Calcio
- e. No lo sé

14. En cuál de las siguientes situaciones NO debe usar la pastilla anticonceptiva:

- a. Tumores en la matriz
- b. Beber alcohol
- c. Sí actualmente tomo antibióticos.
- d. Ninguna: es seguro usar la pastilla anticonceptiva en todas estas situaciones
- e. No lo sé

15. ¿Cuánto tiempo después de que una mujer deja de usar métodos anticonceptivos puede quedar embarazada?

- a. Inmediatamente
- b. Un mes
- c. 3 meses
- d. 6 meses
- e. No lo sé

16. Si olvida tomar una pastilla anticonceptiva y recuerda al día siguiente, ¿qué debe hacer?

- a. Tirar la pastilla olvidada y seguir la toma al día siguiente desde donde la dejó

- b. Tomar el resto de las pastillas de la semana a la vez y luego comenzar la semana de descanso
- c. Tomar las dos pastillas y luego continuar la toma normal
- d. Tirar la pastilla olvidada y esperar un mes para comenzar un nuevo paquete
- e. No lo sé

17. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA sobre “la inyección”?

- a. Se administra cada tres meses.
- b. Puede subir de peso
- c. Puede tomar algunos meses quedar embarazada después de dejarla.
- d. No se puede utilizar durante la lactancia.

18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos se puede devolver si decide quedar embarazada?

- a. Ligadura de Trompas (“cortar las trompas”)
- b. Espiral Essure
- c. Vasectomía
- d. DIU (dispositivo intrauterino)
- e. No lo sé

19. ¿Qué método anticonceptivo no es fácilmente visto por una pareja?

- a. El DIU (dispositivo intrauterino)
- b. El anillo vaginal
- c. Condón masculino
- d. Condón femenino
- e. No lo sé

20. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el DIU (dispositivo intrauterino)?

- a. Trompa de Falopio
- b. Útero
- c. Cérvix

d. Vagina

e. No lo sé

21. ¿Qué método anticonceptivo es el mejor para prevenir el embarazo?

a. El DIU (dispositivo intrauterino)

b. La inyección (“Depo-provera”)

c. Condón masculino

d. Coito interrumpido (“sacar el pene”)

e. Todos son igualmente efectivos.

f. No lo sé

22. ¿Qué opción es FALSA sobre los DIU (dispositivos intrauterinos)?

a. Mujeres de todas las edades pueden tener el DIU

b. Las mujeres que nunca han tenido un bebé pueden tener el DIU

c. A las mujeres se les puede colocar el DIU justo después de tener un bebé o abortar

d. Las mujeres no pueden obtener el DIU si alguna vez han tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS)

e. No lo sé

23. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el implante anticonceptivo (Nexplanon)?

a. Muslo

b. Vagina

c. Brazo

d. Nalga o glúteos

e. No lo sé

24. ¿Qué tan pronto después de la relación sexual debe usarse la “pastilla del día siguiente” para ser efectiva?

1. 1 hora

2. 24 horas

3. 5 días

4. 20 días

5. No lo sé

25. ¿Cómo puede obtener la pastilla del día siguiente? (o “la pastilla del día siguiente”)?

1. Si es menor de 18 años, no puede obtenerlo, incluso con una receta

2. Si es menor de 18 años, debe hacer que sus padres lo acompañen al médico para obtener una receta

3. Todas las mujeres deben tener una receta, sin importar su edad

4. Puede comprarlo en la farmacia, sin receta, sin importar la edad

5. No lo sé

Apéndice G

Escala de Autoeficacia Anticonceptiva

(Galavotti, et al., 1995)

Instrucciones: Cada afirmación describe que tan confiada se siente con respecto al uso de métodos anticonceptivos en general y al uso del condón con su pareja principal y otros compañeros. Usted evaluará el nivel de confianza que otorga a cada una de las afirmaciones en una escala de 0 a 5 puntos, donde:

1 = Nada segura

5 = extremadamente segura

Lea cada afirmación y marque con un círculo el número a la derecha que mejor describa el grado de confianza que usted le da al uso de métodos anticonceptivos en general y del condón.

Ítems	1	2	3	4	5
"Qué tan seguro(a) estás de que usarías un método anticonceptivo..."					
1. Cuando un método anticonceptivo no está a la mano.					
2. Cuando ha estado consumiendo alcohol u otras drogas.					
3. Cuando tu pareja se enoja por ello.					
4. Cuando sientas los efectos secundarios.					
5. Cuando es demasiado problema.					
"¿Cuánta confianza tienes de que usarías condón con tu pareja principal...?"					
1. Cuando has estado consumiendo alcohol u otras drogas.					
2. Cuando estás excitado sexualmente.					
3. Cuando crees que tu pareja podría enojarse.					
Ítems	1	2	3	4	5

4. Cuando ya está utilizando otro método anticonceptivo.					
5. Cuando quieres que tu pareja sepa que estás comprometido con tu relación.					
"¿Cuánta confianza tienes de que usarías condón con otros compañeros?"					
1. Cuando piensas que el riesgo de enfermedad es bajo.					
2. Cuando has estado consumiendo alcohol o drogas.					
3. Cuando estás excitada sexualmente.					
4. Cuando crees que tu pareja podría enfadarse.					
5. Cuando ya estás utilizando otro método anticonceptivo.					

Apéndice H

Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos (Galavotti, et al. 1995 Adaptado por Manjarres et al. 2020)

1. ¿Actualmente usas un método anticonceptivo?

1. Sí. 0. No.

2. Si usas algún método anticonceptivo ¿Qué método anticonceptivo usas actualmente?
(seleccione todos los que apliquen)

- 0. No uso ningún método
- 1. Método del Ritmo
- 2. Coito interrumpido
- 3. Método de Billings
- 4. Temperatura basal
- 5. Pastillas anticonceptivas
- 6. Inyección
- 7. Anillo vaginal
- 8. Parche
- 9. Implante hormonal (Implanon)
- 10. DIU (dispositivo intrauterino)
- 11. Condón masculino únicamente
- 12. La pastilla del día siguiente
- 13. Otro _____

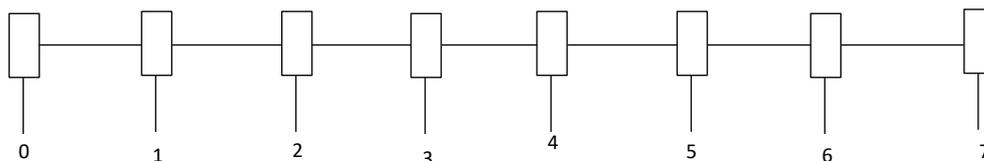
3. ¿Cuánto tiempo llevas usando este método anticonceptivo? Especifica en número de días, meses, o años _____ Días Meses Años

Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con una escala de 0 a 7 puntos, donde:

0 = Extremadamente probable que NO lo haré y **7** = Extremadamente probable que SÍ lo haré

Marca con una X el valor que consideres más acorde a tu situación.

4. ¿Qué tan probable es que utilices un método anticonceptivo en los próximos 30 días?



Extremadamente
probable que **NO** lo
haré

Extrema
damente probable
que **SÍ** lo haré

Apéndice I
Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas Relacionados con Sexo
(Hutchinson & Cooney, 1998)

Las siguientes cuestiones te preguntan sobre la comunicación específica con tu padre (madre) sobre temas relacionados al sexo. Algunos padres hablan a sus hijos sobre sexo, otros no lo hacen. Por favor, marca con un círculo el número que muestre que tanto has platicado con tu padre (madre) sobre temas relacionados al sexo. Usa cualquier número entre 1 y 5. Entre mayor sea el número que elijas significa que has discutido más este tema con tu padre, madre o tutor. Entre menor, menos lo has discutido.

RECUERDA POR TU PADRE QUEREMOS DECIR TU PADRE, MADRE, O TUTOR

D1. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre lo que piensa acerca de tu conducta sexual?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D2. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre cómo evitar el embarazo?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D3. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre las enfermedades de transmisión sexual?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D4. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre VIH/SIDA?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D5. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre (madre) sobre cómo protegerte para que no te contagies de enfermedades venéreas/de transmisión sexual o SIDA?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D6. ¿Qué tanta información específica sobre el uso del condón te ha dado tu padre (madre)?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D7. ¿Qué tanta información te ha dado padre (madre) sobre esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D8. ¿Qué tanto te han dicho tus padres sobre la presión sobre tener sexo de tus amigos y de con quien sales novio(a)?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

D9. ¿Qué tanto te han dicho tus padres de cómo resistir la presión de tus amigos y de la persona con quien sales de novio(a)?

1 Ninguna 2 Poca 3 Alguna 4 Bastante 5 Mucha

Apéndice J

Escala de norma de pares (Silver & Bauman, 2006)

Cuántos de tus amigos pensarían que un chico es popular de acuerdo con lo siguiente:

Reactivos	Ninguno 0	Algunos 1	La mayoría 2	Todos 3
1. Tener sexo a mi edad es algo popular en un chavo.				
2. Tener sexo con alguien más a parte de su pareja, hace que un chavo sea popular.				
3. Tener sexo con todas las personas que sea posible hace que un chavo sea popular.				
4. Tener sexo con 2 personas diferentes el mismo día hace que un chavo sea popular.				
5. Es popular que los chavos que van a la escuela embaracen a las chavas.				

Apéndice K

Escala de Equidad y Género (Pulerwirtz & Barker, 2008)

Ítems	De acuerdo 1	Parcialmente de acuerdo 2	En desacuerdo 3
1. Hay momentos en que una mujer merece ser golpeada			
2. Una mujer debe tolerar la violencia para mantener unida a la familia			
3. Está bien que un hombre golpee a su esposa si ella es infiel			
4. Un hombre puede golpear a su esposa si ella no va a tener relaciones sexuales con él			
5. Si alguien insulta a un hombre, él debe defender su reputación con la fuerza si tiene que hacerlo			
6. Un hombre que usa la violencia contra su mujer es un asunto privado que no debe ser discutido fuera de la pareja			
7. Es el hombre quien decide qué tipo de sexo tener			
8.- Los hombres están siempre dispuestos a tener relaciones sexuales			
9. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres			
10. Un hombre necesita otras mujeres, incluso si las cosas con su esposa están muy bien			
11. No se habla sobre el sexo, simplemente lo haces			
12. Me da asco cuando veo a un hombre que actúa como una mujer			
13. Una mujer no debe iniciar el sexo			
14. Una mujer que tiene relaciones sexuales antes de casarse, no merece respeto			
15. Las mujeres que llevan condones con ellas son fáciles			

Ítems	De acuerdo 1	Parcialmente de acuerdo 2	En desacuerdo 3
16. Los hombres deben estar indignados si sus mujeres les piden que use un condón			
17. Es responsabilidad de la mujer evitar el embarazo			
18. Sólo cuando una mujer tiene un hijo, es una mujer de verdad			
19. Un hombre de verdad produce un hijo varón			
20. El cambio de pañales, bañar y la alimentación de los niños es responsabilidad de la madre			
21. El papel de la mujer es cuidar de su hogar y familia			
22. El hombre debe decidir comprar los principales artículos para el hogar			
23. Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa			
24.- Una mujer debe obedecer a su marido en todas las cosas			

Apéndice L

Escala de Identidad Étnica (Phinney & Ong, 2007)

Conforme a la escala, coloca en cada afirmación el número que mejor te describe.

Items	No me describe 0	Me describe un poco 1	Me describe bien 2	Me describe muy bien 3
1. No he participado en ninguna actividad que me enseñara sobre mi grupo étnico				
2. He experimentado cosas que reflejan mi grupo étnico como: comer comida, escuchar música y ver películas				
3. He asistido a eventos que me han ayudado a aprender más sobre mi grupo étnico				
4. He leído libros/revistas/ periódicos u otros materiales que me han enseñado de mi grupo étnico				
5. He participado en actividades que me han mostrado mi grupo étnico				
6. He aprendido acerca de mi grupo étnico haciendo cosas como leer libros, revistas, periódicos, navegar en internet, o estando al tanto de eventos actuales				
7. He participado en actividades que me han enseñado sobre de mi grupo étnico				
8. Mis sentimientos respecto a mi grupo étnico son mayormente negativos				
9. Me siento negativo/a acerca de mi grupo étnico				
10. Desearía ser de diferente grupo étnico				
11. No soy feliz con mi grupo étnico				
12. Si pudiera elegir, preferiría ser de un grupo étnico distinto				

Items	No me describe 0	Me describe un poco 1	Me describe bien 2	Me describe muy bien 3
13. No me gusta mi grupo étnico				
14. Estoy clara/o respecto a lo que mi grupo étnico significa para mí				
15. Entiendo cómo me siento acerca de mi grupo étnico				
16. Conozco lo que mi grupo étnico significa para mí				
17. Tengo un sentido claro de lo que mi grupo étnico significa para mí				

Apéndice M

Escala de Conducta Anticonceptiva (Ruey-Hsia et al., 2011)

Instrucciones. A continuación, se presentan enunciados relacionados con el uso de métodos de planificación familiar. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca de ello y no lo que piensa su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su respuesta en cada enunciado según su experiencia personal.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

¡contestar este cuestionario solamente si has tenido relaciones sexuales!

Las siguientes preguntas, son exclusivamente relacionadas con la pareja actual.

Enunciado	4.Siempre (El 100% del tiempo)	3.Muchas veces (Del 51 al 99% del tiempo)	2. A veces (Del 1 al 50% del tiempo)	1.Nunca (El 0% del tiempo)
1.- Yo uso algún Método de Planificación Familiar, cada vez que tengo relaciones sexuales con mi pareja.				
2.- Yo tengo un Método de Planificación Familiar preferido, para prevenir embarazos no deseados con mi pareja. ¿Cual?				
3.- Yo pongo atención a cualquier información, que me permita hacer un buen uso de los Métodos de Planificación Familiar con mi pareja.				
4.- Cuando tengo duda de la seguridad de algún Método de Planificación Familiar, después de tener relaciones sexuales con mi pareja, yo uso algún otro método compensatorio. ¿Cuál?				
5.- Yo creo que uso correctamente con mi pareja, los Métodos de Planificación Familiar que elijo al momento de tener relaciones sexuales.				

Apéndice N

Guía semiestructurada de entrevista para adolescentes

Instrucciones: La presente entrevista deberá realizarse en un lugar con la mayor comodidad posible, se le deberá informar al participante que la entrevista será grabada con la finalidad de analizar los datos.

La presente entrevista tiene como principal objetivo conocer las perspectivas de las necesidades del desarrollo de intervenciones en adolescentes indígenas.

Buenos días/tardes según corresponda, ¿Cómo te encuentras el día de hoy? Mi nombre es (nombre del entrevistador) soy enfermero (a) estoy interesado (a) en conocer acerca de las necesidades que tienen los adolescentes como tú en relación con ofrecer consejería acerca de métodos anticonceptivos. Por lo que me gustaría realizarte una breve entrevista, si estás de acuerdo en participar, te haré algunas preguntas sobre tu opinión de los programas para prevenir embarazos y acerca de la opinión que tienes con relación a los métodos anticonceptivos. Para poder contar con tu participación deberás firmar esta hoja de consentimiento informado, tu participación durará alrededor de 40 minutos. Si estás de acuerdo comenzaré a grabar tus respuestas.

Datos sociodemográficos

¿Cuántos años tienes?

Intervención

1. ¿Consideras necesario que los adolescentes como tú reciban información acerca de cómo prevenir embarazos y acerca de métodos anticonceptivos?
2. ¿Cuánto tiempo consideras que es necesario para que el personal de salud te oriente en relación con la prevención de embarazos?
3. ¿Te gustaría recibir orientación en tres sesiones sobre cómo prevenir embarazos?
4. ¿Cuánto tiempo estarías dispuesto (a) dedicar en un programa de consejería para la prevención de embarazos?

5. ¿Consideras que 40 y 50 minutos en una sesión de consejería es adecuado para un joven como tú?
6. Estamos pensando en crear un programa de orientación a jóvenes con tres sesiones, ¿Cuánto tiempo consideras que deba de pasar entre una sesión y la otra?
7. Si decidieras modificar alguna conducta respecto a tu sexualidad ¿Cuánto tiempo consideras que te llevarías?
8. ¿Desde tu opinión qué es lo que se necesita para poder utilizar un condón o algún método anticonceptivo cuando decidas tener relaciones sexuales?
9. ¿Qué características crees deberá tener la persona encargada de dar la consejería para prevenir los embarazos en los jóvenes?
10. Si tu asistieras a una consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos, estarías dispuesto a poner en práctica lo aprendido en la orientación, ¿como por ejemplo el uso de condón en tus relaciones sexuales o algún otro anticonceptivo para prevenir un embarazo?

Métodos anticonceptivos

11. ¿Cuáles consideras que son las creencias que influyen para que algunos jóvenes como tú no utilicen condón o algún método anticonceptivo?
12. ¿Consideras que existe el riesgo de embarazarte o embarazarse a tu pareja, o en su caso de adquirir alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
13. ¿En tu opinión cual es el riesgo que puede tener un joven de adquirir alguna ITS o de embarazo sino se utiliza un condón?
14. ¿Quiénes podrían influir para que los jóvenes utilicen algún método anticonceptivo?
15. ¿Consideras que la creencia religiosa influye para utilizar condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
16. ¿Consideras que la pareja influye en la decisión de utilizar condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?

17. ¿Consideras que los amigos influyen para el uso del condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
18. ¿Consideras que la familia influye en el uso de condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
19. ¿Cuál es tu opinión acerca de los condones?
20. ¿Cuál es tu opinión acerca de los métodos anticonceptivos?
21. ¿Consideras que sabes utilizar un condón?
22. ¿Crees que los condones se pueden conseguir fácilmente?
23. ¿Crees que los métodos anticonceptivos se pueden conseguir fácilmente?
24. ¿En dónde consigues condones?
25. ¿En dónde consigues los anticonceptivos?

Cierre de la entrevista

26. ¿Te gustaría recibir información sobre violencia interpersonal, relaciones románticas, de pareja y acerca del consumo de sustancias?
27. ¿Hay algo que quisiera agregar?

Finalizar la entrevista y agradecer al participante por su contribución.

1. de condón en las relaciones sexuales o utilizar algún anticonceptivo para prevenir un embarazo? Además de lo anterior ¿Darías el seguimiento a este joven?

Métodos anticonceptivos

2. ¿Cuáles son las creencias que influyen para que algunos jóvenes no utilicen condón o algún método anticonceptivo?
3. ¿Qué necesita un consejero para aumentar la susceptibilidad a una ITS o de un embarazo?
4. ¿Qué influye para que un joven utilice un condón?
5. ¿Qué influye para que un joven utilice un método anticonceptivo?
6. ¿Consideras que la creencia religiosa influye para que un joven utilice condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?

7. ¿Consideras que la pareja influye para que un joven utilice condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
8. ¿Consideras que los amigos influyen para que un joven utilice condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
9. ¿Consideras que la familia influye para que un joven utilice condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
10. ¿Desde su opinión qué necesita un consejero para ayudar al joven a aumentar el uso del condón y de otros métodos anticonceptivos si la pareja no lo apoya?
11. ¿Qué es lo que necesita un consejero para que el joven conciba un resultado positivo al usar condón o algún método anticonceptivo?
12. ¿Qué otra estrategia considera que puede ser de utilidad en la práctica además de la recomendación de métodos anticonceptivos?
13. ¿Qué necesita un consejero para influir en la decisión del joven respecto al uso del condón y otros anticonceptivos?
28. ¿Qué estrategias se deben llevar a cabo para aumentar el conocimiento en los jóvenes sobre el uso de métodos anticonceptivos?
29. ¿Consideras que un joven puede acceder fácilmente a los métodos anticonceptivos?
30. ¿En dónde crees que los jóvenes consiguen condones o anticonceptivos?

Cierre de la entrevista

31. ¿Consideras que sería de utilidad que los jóvenes reciban información acerca de violencia interpersonal, relaciones románticas, de parejas y sobre el consumo de sustancias?
32. ¿Hay algo que quisiera agregar?

Finalizar la entrevista y agradecer al participante por su contribución.

Apéndice Ñ

Guía semiestructurada de entrevista para proveedores de salud

Instrucciones: La presente entrevista deberá realizarse en un lugar con la mayor comodidad posible, se le deberá informar al participante que la entrevista será grabada con la finalidad de analizar los datos.

La presente entrevista tiene como principal objetivo conocer las perspectivas de los proveedores de salud como tú en relación con las necesidades del desarrollo de intervenciones en adolescentes y jóvenes indígenas.

Buenos días/tardes según corresponda, ¿Cómo se encuentra el día de hoy? Mi nombre es (nombre del entrevistador) soy enfermero (a) estoy interesado (a) en conocer tu opinión acerca de la necesidad de desarrollar intervenciones acerca de métodos anticonceptivos. Por lo que me gustaría realizarle una breve entrevista, si está de acuerdo en participar, le haré algunas preguntas sobre su opinión acerca de algunas conductas que realizan los jóvenes. Para su participación deberá firmar esta hoja de consentimiento informado, su participación durará alrededor de 40 minutos. Si está de acuerdo comenzaré a grabar tus respuestas.

Datos sociodemográficos

¿Cuántos años tiene?

¿Cuánto tiempo lleva laborando en el Centro de Salud?

Intervención

14. ¿Cuánto tiempo considera que necesita el personal de salud para brindar información acerca de cómo prevenir embarazos y de métodos anticonceptivos a los jóvenes?
15. ¿Qué le parecería si la consejería contara con tres sesiones por usuario sobre cómo prevenir embarazos?

16. ¿Qué tiempo estaría dispuesto (a) dedicar en un programa de consejería para la prevención de embarazos?
17. ¿Considera que entre 40 y 50 minutos en una sesión de consejería es adecuado para que un proveedor pueda brindar suficiente información para orientar a los jóvenes respecto a su salud sexual?
18. Estamos pensando en crear un programa de orientación a jóvenes con tres sesiones, ¿Cuánto tiempo considera que debe de pasar entre una sesión y la otra?
19. ¿Desde su opinión cuanto tiempo le toma a un consejero influir en la conducta respecto a la sexualidad de un joven?
20. ¿Qué es lo que se necesita como consejero para poder orientar a que los jóvenes puedan utilizar un condón o algún método anticonceptivo cuando decidan tener relaciones sexuales?
21. ¿Qué es lo que se necesita como consejero para poder aumentar la intención de los jóvenes para utilizar un condón o algún método anticonceptivo en las relaciones sexuales?
22. ¿Qué características piensas que deba tener la persona encargada de orientar a los jóvenes en la prevención de embarazos?
23. ¿Qué características piensas que deba tener un joven para recibir orientación en la prevención de embarazos?
24. Si tu realizaras una consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos. ¿Estarías dispuesto a negociar con el joven algún comportamiento ¿como por ejemplo el uso de condón en las relaciones sexuales o utilizar algún anticonceptivo para prevenir un embarazo? Además de lo anterior ¿Darías el seguimiento a este joven?

Métodos anticonceptivos

25. ¿Cuáles son las creencias que influyen para que algunos jóvenes no utilicen condón o algún método anticonceptivo?

26. ¿Qué necesita un consejero para aumentar la susceptibilidad a una ITS o de un embarazo?
27. ¿Qué influye para que un joven utilice un condón?
28. ¿Qué influye para que un joven utilice un método anticonceptivo?
29. ¿Considera que la pareja influye en la decisión de utilizar condón o algún anticonceptivo en las relaciones sexuales?
30. ¿Desde su opinión qué necesita un consejero para ayudar al joven a aumentar el uso del condón y de otros métodos anticonceptivos si la pareja no lo apoya?
31. ¿Qué es lo que necesita un consejero para que el joven conciba un resultado positivo al usar condón o algún método anticonceptivo?
32. ¿Qué otra estrategia considera que puede ser de utilidad en la práctica además de la recomendación de métodos anticonceptivos?
33. ¿Qué necesita un consejero para influir en la decisión del joven respecto al uso del condón y otros anticonceptivos?
33. ¿Qué estrategias se deben llevar a cabo para aumentar el conocimiento en los jóvenes sobre el uso de métodos anticonceptivos?
34. ¿Consideras que un joven puede acceder fácilmente a los métodos anticonceptivos?
35. ¿En dónde crees que los jóvenes consiguen condones o anticonceptivos?

Cierre de la entrevista

36. ¿Hay algo que quisiera agregar?

Finalizar la entrevista y agradecer al participante por su contribución.

Apéndice O

Resultados de la aproximación cualitativa en adolescentes

Datos sociodemográficos. Los adolescentes entrevistados tuvieron en promedio 15.6 años, el 70% de los participantes fueron mujeres y la mayoría se encontraba estudiando.

Categorización. A partir del análisis cualitativo, surgieron dos categorías: necesidad de realizar intervenciones, uso de métodos anticonceptivos, en donde se asignaron algunas subcategorías a cada uno, como se muestra en la tabla 30.

Tabla 30

Categorías de análisis (adolescentes)

Categorías	Sub-categorías
Necesidad de realizar intervenciones	Necesidad de consejería sobre embarazos anticoncepción
	Tiempo de orientación
	Número de sesiones
	Intervalo de sesiones
	Características del consejero(a)
	Interés sobre otras temáticas
Uso de métodos anticonceptivos	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos
	Creencias que influyen en el uso del condón/anticonceptivo
	Influencias para el uso de anticonceptivos
	Acceso a los métodos anticonceptivos

Nota. Reporte de codificación MAXQDA

Necesidad de realizar intervenciones

Los participantes manifestaron que es necesario que a su edad reciban consejerías respecto a la prevención de embarazos y el uso de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. Además de tener el conocimiento les ayudará a tomar mejores decisiones. Como se muestra en el siguiente relato *" tener el conocimiento suficiente nosotros que somos adolescentes ya que, al no tener esa información de los anticonceptivos, de cómo usarlos, en qué momento los debemos usar, para prevenir un embarazo, ya que como estudiantes uno quiere superarse, un embarazo a nuestra edad es como truncar nuestro sueño" ... (P03).*

Tiempo de orientación

En lo que se refiere al tiempo necesario que se debe invertir en una consejería, los participantes mencionaron que un mínimo de 40 minutos o hasta 1 hora en un tiempo determinado de un mes hasta dos o tres meses para que pudieran recibir la información como se describe en los siguientes relatos *"...como unos 40 minutos..." ...Una hora de dos a tres meses..." (P04).*

Número de sesiones

Los participantes mencionaron que un mínimo de dos a tres sesiones es suficiente para recibir las orientaciones, como se muestra en el siguiente relato *"... pienso que con tres sesiones podría tener una mejor idea de todo lo que uno como joven debe hacer para evitar embarazos..." (P01).*

Intervalo de sesiones

Cuando se trató del tiempo que debe transcurrir de una sesión a otra los participantes mencionaron que de tres a cuatro días o hasta una semana para que la información no pierda continuidad. Como se muestra en el siguiente relato *"...Mmm bueno probablemente unos tres o cuatro días o hasta una semana, también no pueden pasar muchos días para que sea consecutivo esta información..." (P09).*

Características del consejero(a)

Los participantes mencionaron que la persona encargada de la consejería debe ser un médico o una enfermera identificado con su vestimenta para generar confianza, así mismo debe tener algunas características como ser amable, que tenga el conocimiento y la experiencia en el tema, genere confianza al momento de dar la orientación. Como se describe en el siguiente relato "... *Mmm bueno básicamente considero que debe ser una persona que tenga el conocimiento y la experiencia que pueda entendernos y darnos esa confianza a la hora de darnos la plática para que nosotros nos podamos sentir en confianza con esa persona...*" (P10).

Interés sobre otras temáticas

En lo que respecta a otros temas que se deben considerar dentro de las consejerías, los participantes mencionaron que los temas acerca de violencia en el noviazgo, consumo de alcohol y drogas son necesarios ya que ellos consideran que en la etapa en la que se encuentran están expuestos a consumir esas sustancias, como se muestra en el siguiente relato "...*es importante saber qué no hacer con tu pareja considero que la violencia en el noviazgo es un tema muy importante porque hoy en día muchas parejas pues llegan a golpearse y a veces la gente lo normaliza de que tiene que ser así cuando en realidad no, también sobre el alcohol y drogas a esta edad de 14 a 15 hay quienes se juntan con personas mayores y se echan a perder y es bueno orientarlos a que no hagan eso...*"(P10).

Uso de métodos anticonceptivos

Se refiere a la opinión que tienen los participantes sobre lo que implica el uso de los métodos anticonceptivos, como "...*evitan muchas cosas como embarazos no deseados porque a mi corta edad no me gustaría tener un hijo...*" (P05). Así mismo está relacionado con información que poseen "...*Es igual que el condón, pero existen diferentes tipos y nos ayudan para que no nos embaracemos nosotras las mujeres...*" (P04).

Creencias que influyen en el uso del condón/anticonceptivo

Se refiere a la información que los participantes han percibido entre sus amistades, pareja sobre lo que implica el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales, ejemplo de esto es el siguiente relato “... *Ah las ideas o rumores, he escuchado decir que dicen que el método anticonceptivo no es tan natural y no se siente igual...*” (P01). Así mismo algunos consideran que la religión puede influir para el uso de la anticoncepción “...*Bueno muchas religiones dicen que no los uses porque algunas personas dicen que van a tener los hijos que Dios les mande...*”(P06).

Influencias para el uso de anticonceptivos

Se hace referencia a aquellos aspectos que pueden llegar a hacer que los adolescentes hagan uso o no de los métodos anticonceptivos, incluyendo los condones, como es el caso de la pareja, de los amigos, la familia, así como el personal de salud como los médicos y enfermeras y hasta los docentes ya que ellos consideran que las personas encargadas de brindar la información sobre los anticonceptivos pueden influir para que ellos hagan uso de los anticonceptivos. A continuación, se muestran los siguientes relatos “...*la pareja si puede hacer que se usen anticonceptivos porque si yo quiero utilizar condón para no embarazarme, pero si mi pareja no quiere a lo mejor me puede convencer, pero si estoy segura de que me quiero cuidar y no quiero adquirir alguna infección pues voy a buscar la manera de usarlo...*” (P01). “...*las amistades si pueden influir para que uno decida cuidarse, porque te dan el consejo o no protección para que uno se cuide...*” (P08). “...*en la casa llevamos la educación y si ellos nos plantean sobre cómo cuidarnos, que debemos hacer y cómo yo creo que tendremos una mejor estabilidad de salud...*” (P03).” ... los doctores, las enfermeras son los que se encargan de dar pláticas para que los jóvenes usen condón y todo eso, o cuando estudiamos los maestros nos dan una idea sobre esos temas...” (P04).

Acceso a los métodos anticonceptivos

En este caso se hace referencia al acceso que tienen los adolescentes y los lugares en donde acuden principalmente para adquirir los anticonceptivos, en este caso algunos consideran que los condones son más fáciles de obtener que el resto de los anticonceptivos, y coincidieron que el centro de salud es el lugar más común de conseguirlos. Como se muestra en los siguientes relatos “...es difícil de conseguir algunos anticonceptivos porque varios no lo tienen y no lo venden...” (P05). “... probablemente los métodos anticonceptivos algunos no se consiguen en las farmacias, pero en el centro de salud sí, los condones si son más fáciles de conseguir...” (P10).

Apéndice P

Resultados de la aproximación cualitativa en personal de salud

Datos sociodemográficos. El personal de salud entrevistado tuvo en promedio 30.6 años, el 90% fueron enfermeras, con un promedio de 8.4 años de experiencia en el centro de salud.

Categorización. A partir del análisis cualitativo, surgieron dos categorías: necesidad de realizar intervenciones, uso de métodos anticonceptivos, en donde se asignaron algunas subcategorías a cada uno, como se muestra en la tabla 31.

Tabla 31

Categorías de análisis (personal de salud)

Categorías	Sub-categorías
Necesidad de realizar intervenciones	Tiempo de orientación sobre embarazo y métodos anticonceptivos
	Intervalo de sesiones
	Características del consejero(a)
	Características del participante
	Estrategias de implementación
	Interés sobre otras temáticas
Uso de métodos anticonceptivos	Creencias que influyen en el uso de anticonceptivos y el condón
	Influencias para el uso de anticonceptivos y el condón
	Acceso a los métodos anticonceptivos

Nota. Reporte de codificación MAXQDA

Necesidad de realizar intervenciones

En este caso el personal de salud manifestó que es necesario que los adolescentes reciban información clara y precisa sobre cómo prevenir un embarazo, las consecuencias que trae consigo, así como hablarles acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual y acerca de los métodos anticonceptivos, acudiendo a las escuelas ya que en la mayoría de los casos los adolescentes no se acercan a los centros de salud.

Tiempo de orientación sobre embarazo y métodos anticonceptivos. Las participantes sugirieron que entre 40 y 60 minutos es un tiempo adecuado para que se les brinde la orientación a los adolescentes, como en el siguiente relato “... 45 minutos máximo una hora para poder dar toda la información y que el adolescente pueda expresar todas las dudas y poder aclarárselas...” (P03).

Intervalo de sesiones

En este caso las participantes mencionaron los días que se deben dejar transcurrir de una sesión a otra, mencionando que debe darse una sesión por semana, como por ejemplo “...podría darse una sesión por semana...” (P03).

Características del consejero(a)

Las participantes mencionaron que la persona encargada de llevar a cabo la consejería para los adolescentes debe ser personal médico o de enfermería, la cual debe poseer el conocimiento, ser empático (a), brinde confianza a los adolescentes. Como se muestra en el relato “... el personal del área de la salud encargado de dar la consejería debe tener el conocimiento y ganarse la confianza de los jóvenes para que él pueda recibir de buena manera la información y realice las preguntas que considere necesarias para poder aclararlas...” (P03). “... el personal que sea exclusivo del área en este caso me refiero a que sea un médico o una enfermera que sea empática, y que brinde confianza en los jóvenes...” (P01).

Características del participante

Las participantes mencionaron que en el caso de los adolescentes que deben recibir las consejerías sólo deben tener el interés por recibir la información y deben tener una edad de 10 a 19 años debido a que en la etapa de la adolescencia presentan diferentes cambios. Como se muestra en el relato “... *debe tener entre 10 a 19 años ya que esta etapa es donde los jóvenes pasan por diferentes cambios y tienen curiosidad y eso hace que ellos puedan tomar algunas decisiones que no sean correctas...*” (P02).

Estrategias de implementación

Las participantes mencionaron que se deben brindar talleres informativos sobre temas de Infecciones de Transmisión Sexual, cómo evitar un embarazo no deseado, uso correcto del condón y de los anticonceptivos en espacios como las instituciones educativas mediante el uso de diapositivas, trípticos y videos demostrativos. Como se muestra en los relatos “... *es necesario que el personal de salud pida permiso en las escuelas para poder brindar orientación a temprana edad a partir de los 10 años hasta los 19 y posteriormente que los jóvenes tengan esa iniciativa de acudir a las unidades de salud para que les brinden información respecto al uso de condón...*” (P02). “... *Brindarles la información a los jóvenes, acudir a las instituciones educativas para tener acceso a los jóvenes para brindarles este tipo de información y puedan hacer uso del condón y otros anticonceptivos cuando decidan iniciar su vida sexual...*” (P03).

Interés sobre otras temáticas

En este caso las participantes mencionaron que otros temas que se deben considerar dentro de las consejerías para los adolescentes, son temas relacionados con la violencia en el noviazgo y sobre el consumo de alcohol y drogas ya que en la etapa en la que se encuentran los adolescentes están expuestos a consumir esas sustancias. Como se muestran en los siguientes relatos “... *es necesario que los jóvenes reciban información acerca de violencia en el noviazgo, y si se le dan platicas de que hay grupos de apoyo sobre violencia en la pareja se les puede orientar o se les puede referir con algún*

psicólogo... ” (P05). ”...los adolescentes están viviendo en una etapa en donde quieren experimentar y muchas veces, probablemente tengan amistades con personas mayores que los incitan a probar y experimentar a temprana edad sustancias como alcohol y drogas por eso deben recibir información sobre estos temas...” (P03).

Creencias que influyen en el uso de anticonceptivos y el condón

Las participantes describieron algunas creencias que pueden tener los adolescentes acerca del uso de los anticonceptivos y el condón, que no se siente igual, que los anticonceptivos tienen efectos como el aumento de peso en aquellas personas que lo utilizan y que algunas religiones no permiten que se les brinde educación sexual lo que aumenta la posibilidad de que no se usen anticonceptivos. Como se muestra en el siguiente relato “...principalmente que con el condón no se siente igual y que los anticonceptivos hacen que las personas aumenten de peso, es decir los efectos...” (P03).

Influencias para el uso de anticonceptivos y el condón

Las participantes describen aquellas personas que pueden influir para que los adolescentes utilicen o no los anticonceptivos como son la pareja, los amigos, los padres y algunos aspectos como el conocimiento que pueden tener los adolescentes sobre los anticonceptivos. Como se muestran en los siguientes relatos “... la pareja si influye para que en las relaciones sexuales se utilice condón o anticonceptivos...” (P01). “... los amigos influyen porque los jóvenes principalmente a veces entran a las redes sociales y pueden obtener información errónea y quedarse con eso y a veces ponen en práctica y lo que ven en las redes sociales y no es lo más correcto...” (P02). “...si un papá o una mamá le dice a su hija que debe usar condón para evitar una Infección de Transmisión Sexual o un embarazo la joven cuando decida tener relaciones sexuales es posible que haga caso de ello y decida usar protección...” (P03).

Acceso a los métodos anticonceptivos

Las participantes mencionan que el acceso de los métodos anticonceptivos puede ser difícil en el caso de aquellos adolescentes que no cuentan para adquirirlos en las

farmacias debido a que tienen vergüenza a acercarse a las unidades de salud, y los lugares que mencionan que los adolescentes pueden obtenerlos son las farmacias y en el centro de salud. Como se muestran en los relatos siguientes “...considero que no todos los jóvenes pueden acceder a los métodos anticonceptivos, lo que pasa es que a veces los jóvenes les dan vergüenza acudir a un centro de salud a pedir un condón o a pedir información y muchos los quieren utilizar, pero no tienen el recurso para adquirirlos y no lo hacen...” (P03). “...Quienes tienen los recursos en las farmacias y el resto en el centro de salud...” (P01).

Apéndice Q

Prueba piloto de la intervención

Para este proceso se les realizó la invitación a 15 adolescentes con características similares a la del estudio, mediante visitas domiciliarias, donde se les explicó la finalidad del estudio, a los padres que aceptaban que sus hijos o hijas participaran se les entregó el consentimiento informado para padres o tutores y a los adolescentes menores de edad el asentimiento informado y a los mayores de edad el consentimiento informado. Para poder llevar a cabo este proceso del estudio, se buscó un pequeño espacio en un domicilio particular, del total de adolescentes a los cuales se les realizó la invitación aceptaron participar 8 adolescentes en la primera sesión y en la segunda y tercera sesión 6 participantes. En este caso sólo se conformó un grupo único con la finalidad de evaluar la aceptabilidad de las sesiones de la intervención, materiales y el lenguaje utilizado fuese entendible para los participantes utilizando.

En la primera sesión el 66.7% de las participantes fueron mujeres, la edad promedio de los participantes fue de 14.67 ($DE \pm 1.86$) el 100 % de los adolescentes y sus papás hablaba Tlapaneco, el 87.5 % de los adolescentes estudiaba. La edad promedio de la primera menstruación fue de 11.50 ($DE \pm 0.57$) y de la primera eyaculación fue de 11.50 ($DE \pm 0.70$) y la mayoría de los participantes no habían iniciado vida sexual. Para la implementación de la primera sesión PaRe (Pasos Responsables) fue después de la aplicación de los cuestionarios Pretest como: la cédula de datos personales, La escala de Actitud Anticonceptiva, Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo, Escala de la Autoeficacia Anticonceptiva, Comunicación entre Padre y Adolescente sobre Temas relacionados con Sexo, Escala de Norma de pares, Escala de Equidad y Género, Escala de Identidad Étnica, y el Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos. Así mismo se les explicó a las adolescentes que su participación iba a llevarse a cabo en tres momentos. La segunda sesión se llevó a cabo 4 días después de la primera sesión y la

tercera sesión se realizó entre 4 y 5 días después de la segunda sesión, en donde se aplicó el postest que incluyeron los mismos instrumentos.

Con relación a la aceptabilidad de las sesiones de la intervención la mayoría de los participantes manifestó que la sesión 1 fue de su agrado, cumplió bastante sus expectativas y en lo que se refiere a las actividades refirieron que les agradó bastante, el tiempo de la sesión 2 lo consideraron suficiente. Para la sesión 2 los participantes mencionaron que les agradó, pero que no cumplió con todas sus expectativas, las actividades les agradaron bastante y el tiempo fue suficiente y para la consejería de la sesión 3 les agradó y cumplió sus expectativas y el tiempo fue suficiente. Con relación a lo que motivó a los adolescentes a participar en la intervención fue convivir con otros adolescentes y aprender nuevas cosas y la opinión que tuvieron acerca de la persona que impartió la intervención fue muy buena.

Así mismo se les solicitó a los participantes que realizaran comentarios en general a las sesiones de la intervención, con relación a los materiales audiovisuales mencionaron que les gustaría que se utilizaran colores más llamativos. Así mismo la responsable detectó lo siguiente con respecto a las actividades de las sesiones: en lo que respecta a la actividad 3 de la sesión 1 el tiempo en el cual se llevó a cabo fue de 40 minutos, es decir 10 minutos más de lo estimado. Para la actividad 1 de la sesión 2 se detectó que no todos los adolescentes cuentan con el recurso económico para imprimir las fotografías, por lo que se pueden sustituir las fotografías de los integrantes por algunos recortes de revistas.

En lo que respecta a la sesión 2, la actividad 5 se realizó en un tiempo de 20 minutos ya que 5 minutos no fueron suficientes para los participantes proporcionaran las respuestas a los cuestionamientos de la actividad de trabajo. En la actividad 6 se incluyeron 5 minutos más para el desarrollo de la actividad. Con lo anterior mencionados se realizarán los ajustes adecuados con respecto a las actividades.

Así mismo se evaluó la tendencia de las variables de interés posteriormente a la implementación de la segunda y tercera sesión de PaRe. De acuerdo con el postest aplicado en la tercera sesión en comparación con el pretest no se observaron cambios relevantes en cuanto a la actitud anticonceptiva, autoeficacia anticonceptiva, intención anticonceptiva, comunicación sexual con los padres, influencia sexual de pares, rol de género en la sexualidad y conducta anticonceptiva. Sin embargo, en relación con el conocimiento anticonceptivo se observó un cambio positivo (Tabla 32).

Tabla 32

Comparación de variables de interés entre el pretest y postest (3 sesiones)

Puntajes	Pretest					Postest				
	<i>n</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Actitud hacia la anticoncepción	6	96	101	98.83	1.72	6	94	102	97.83	3.06
Conocimiento anticonceptivo	6	0	5	2.83	1.94	6	6	11	8.00	1.89
Autoeficacia anticonceptiva	6	34	55	43.17	7.08	6	40	46	43.00	2.68
Intención anticonceptiva	6	0	0	.00	.00	6	0	4	1.67	1.63
Comunicación sexual con los padres	6	18	34	24.33	5.39	6	18	35	26.33	5.42
Influencia sexual de pares	6	2	8	4.50	2.07	6	2	8	4.83	2.13
Rol de género en la sexualidad	6	61	71	66.50	3.45	6	58	72	67.00	5.17
Identidad étnica	6	13	17	15.33	1.63	6	12	20	14.33	3.67
Conducta anticonceptiva	6	0	5	3.33	2.58	6	0	5	0.83	2.04

Nota. *n* = muestra; *Mín*= mínimo; *Máx*= máximo; *M* = Media; *DE* = Desviación Estándar.

Apéndice R

Asentimiento informado para adolescentes (Ensayo Piloto Aleatorizado)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad.

Autores/ Estudiantes: MCE. Yesenia Ramírez Espinobarros

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres PhD

Introducción/Objetivo del estudio:

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública que trae riesgos para la madre y el hijo. Por lo que el presente estudio **Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad** se está realizando en las instalaciones de la institución educativa en adolescentes de 11 a 19 años que se consideren indígenas y actualmente no creen estar embarazadas y no estén casados (as) o vivan en unión libre, con la finalidad conocer el efecto de la intervención PaRe para aumentar el uso de métodos anticonceptivos.

Descripción del estudio/ Procedimiento:

Por lo que te invitamos a que participes en este estudio:

- Tu participación consistirá en:
- Ser parte de uno de los dos grupos, uno de ellos se trata de una plática grupal y el otro de tres sesiones. El cual se te asignará dependiendo de la institución que estés inscrito/a.

Si perteneces al primer grupo deberás responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan de datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con los padres sobre algunos temas, equidad y género, actividades que lo identifican como parte de su comunidad, la

intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos, recibir una plática grupal sobre violencia en el noviazgo.

- Si perteneces al segundo grupo deberás responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan sobre datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con tus padres sobre temas relacionados a la sexualidad, equidad y género actividades que te identifican como parte de tu comunidad, la intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos, los cuales se te aplicarán al inicio de la primera sesión y al final de la tercera sesión y a los dos meses de haber finalizado tu participación. Esto se llevará a cabo en un espacio de la institución educativa para que respondas con la mayor privacidad posible.
- Asistir a dos sesiones grupales con una duración de aproximadamente dos horas cada una y una sesión de consejería de manera individualizada con una duración aproximada de 60 minutos.
- Sesión 1 (grupal). En esta sesión se abordarán algunos temas como la sexualidad en la adolescencia, conocer el ciclo menstrual, como prevenir el embarazo, identificar abuso en las relaciones y valores culturales.
- Sesión 2 (grupal). En esta segunda sesión se presentarán temas como comunicación en familia, resistiendo la presión de los amigos, pasos para la toma de decisiones, en escenarios cercanos a la realidad practicarás habilidades para la negociación y el rechazo de conductas de riesgo. Así mismo obtendrás estrategias para negociar el uso de anticonceptivos con tu pareja y desarrollar habilidades y autoeficacia.

Asistir a una sesión de consejería de manera individualizada que consiste en:

- Una actividad que te ayudará a identificar algunos tipos de conducta que te serán de utilidad para protegerte cuando te encuentres en riesgo de un embarazo.
- Discutir sobre la toma de decisiones sobre tu vida y en tus relaciones de noviazgo.

- Importancia de usar anticonceptivos y aprenderás los pasos para colocar correctamente el condón.

Una vez que culmine la sesión se te otorgará un pequeño presente.

Te recuerdo que tu participación es voluntaria, aun cuando alguno de tus padres haya autorizado tu participación, si tú no quieres participar puedes decir que no. En el caso de que te sientas mal o sientas incomodidad al contestar alguna pregunta, te pido que me lo hagas saber. Puedes retirarte del estudio si así lo deseas, esto no afectará tus intereses personales. Del mismo modo este estudio es totalmente independiente de la institución en donde se realiza.

Cabe aclarar que toda la información que nos proporciones nos ayudará a prevenir embarazos no planeados en adolescentes como tú.

Esta información será confidencial, lo que significa que no diremos a nadie tus respuestas, ni a tus padres, pareja o amigos, solo lo sabrán las personas responsables de esta investigación.

Si aceptas participar de manera voluntaria, te voy a pedir que marques con una X en el cuadro que dice acepto participar.

Acepto participar

Nombre: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día/Mes/Año

Apéndice S

Consentimiento informado para mayores de edad (Ensayo Piloto Aleatorizado)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad.

Autores/ Estudiantes: MCE. Yesenia Ramírez Espinobarros

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres PhD

Introducción/Objetivo del estudio:

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública que trae riesgos para la madre y el hijo. Por lo que el presente estudio **Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad** se está realizando en las instalaciones de la institución educativa en adolescentes de 11 a 19 años que se consideren indígenas y actualmente no creen estar embarazadas y no estén casados (as) o vivan en unión libre, con la finalidad conocer el efecto de la intervención PaRe para aumentar el uso de métodos anticonceptivos.

Descripción del estudio/ Procedimiento:

Por lo que te invitamos a que participes en este estudio:

- Tu participación consistirá en:
- Ser parte de uno de los dos grupos, uno de ellos se trata de una plática grupal y el otro de tres sesiones. El cual se te asignará dependiendo de la institución que estés inscrito/a.
- Si perteneces al primer grupo deberás responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan de datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con los padres sobre algunos temas, equidad y género, actividades que lo identifican como

parte de su comunidad, la intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos, recibir una plática grupal sobre violencia en el noviazgo.

- Si perteneces al segundo grupo deberás responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan sobre datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con tus padres sobre temas relacionados a la sexualidad, equidad y género actividades que te identifican como parte de tu comunidad, la intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos, los cuales se te aplicarán al inicio de la primera sesión y al final de la tercera sesión y a los dos meses de haber finalizado tu participación. Esto se llevará a cabo en un espacio de la institución educativa para que respondas con la mayor privacidad posible.
- Asistir a dos sesiones grupales con una duración de aproximadamente dos horas cada una y una sesión de consejería de manera individualizada con una duración aproximada de 60 minutos.
- Sesión 1 (grupal). En esta sesión se abordarán algunos temas como la sexualidad en la adolescencia, conocer el ciclo menstrual, como prevenir el embarazo, identificar abuso en las relaciones y valores culturales.
- Sesión 2 (grupal). En esta segunda sesión se presentarán temas como comunicación en familia, resistiendo la presión de los amigos, pasos para la toma de decisiones, en escenarios cercanos a la realidad practicarás habilidades para la negociación y el rechazo de conductas de riesgo. Así mismo obtendrás estrategias para negociar el uso de anticonceptivos con tu pareja y desarrollar habilidades y autoeficacia.

Asistir a una sesión de consejería de manera individualizada que consiste en:

- Una actividad que te ayudará a identificar algunos tipos de conducta que te serán de utilidad para protegerte cuando te encuentres en riesgo de un embarazo.
- Discutir sobre la toma de decisiones sobre tu vida y en tus relaciones de noviazgo.

- Importancia de usar anticonceptivos y aprenderás los pasos para colocar correctamente el condón.

Una vez que culmine la sesión se te otorgará un pequeño presente.

Te recuerdo que tu participación es voluntaria, aun cuando alguno de tus padres haya autorizado tu participación, si tú no quieres participar puedes decir que no. En el caso de que te sientas mal o sientas incomodidad al contestar alguna pregunta, te pido que me lo hagas saber. Puedes retirarte del estudio si así lo deseas, esto no afectará tus intereses personales. Del mismo modo este estudio es totalmente independiente de la institución en donde se realiza.

Cabe aclarar que toda la información que nos proporciones nos ayudará a prevenir embarazos no planeados en adolescentes como tú.

Esta información será confidencial, lo que significa que no diremos a nadie tus respuestas, ni a tus padres, pareja o amigos, solo lo sabrán las personas responsables de esta investigación.

Si aceptas participar de manera voluntaria, te voy a pedir que marques con una X en el cuadro que dice acepto participar.

Acepto participar

Nombre: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día/Mes/Año

Apéndice T

Consentimiento informado para padres/tutores (Ensayo Piloto Aleatorizado)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Título del proyecto: Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad.

Autores/ Estudiantes: MCE. Yesenia Ramírez Espinobarros

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres PhD

Introducción/Objetivo del estudio:

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública que trae riesgos para la madre y el hijo. Por lo que el presente estudio **Intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en Guerrero: ensayo piloto aleatorizado y de factibilidad** se está realizando en las instalaciones de la institución educativa en adolescentes de 11 a 19 años que se consideren indígenas y actualmente no creen estar embarazadas y no estén casados (as) o vivan en unión libre, con la finalidad conocer el efecto de la intervención PaRe para aumentar el uso de métodos anticonceptivos. La participación de su hijo/a y los resultados que se obtengan son con el fin de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Por lo que lo invitamos a brindar su autorización para la participación de su hijo/a, el cual consiste en responder algunos cuestionarios, y asistiendo a tres sesiones didácticas para incrementar el uso de anticonceptivos. A continuación, se le explicará con más detalle de que trata el estudio, lo cual contribuirá para su decisión de autorizar la participación de su hijo/a.

Descripción del estudio/ Procedimiento:

La dirección de la Institución educativa autorizó la realización del estudio. Se invitará a los adolescentes que se encuentren inscritos.

Si acepta que su hijo/a participe tendrá que firmar este documento en el que expresa su conformidad de manera voluntaria.

Existen dos grupos en los que su hijo/a puede participar, uno de una plática grupal y el otro de tres sesiones. El cual se le asignará dependiendo de la institución que asista.

El primer grupo será una plática sobre violencia en el noviazgo, que incluye.

- Responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan de datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con los padres sobre algunos temas, equidad y género, actividades que lo identifican como parte de su comunidad, la intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos.
- Asistir a la conferencia sobre violencia en el noviazgo.

El tiempo aproximado de su participación es de aproximadamente 90 minutos. Una vez que finalice su participación se le obsequiará un pequeño presente.

El segundo grupo está constituido por dos sesiones grupales con una duración de aproximadamente dos horas cada una y la tercera sesión de consejería de manera individualizada con una duración de 60 minutos.

- Sesión 1(grupal). En esta sesión se abordarán algunos temas como la sexualidad en la adolescencia, conocer el ciclo menstrual, como prevenir el embarazo, identificar abuso en las relaciones y valores culturales.
- Sesión 2 (grupal). En esta segunda sesión se presentarán temas como comunicación en familia, resistiendo la presión de los amigos, pasos para la toma de decisiones, simulación de escenarios cercanos a la realidad donde practicará habilidades para la negociación y el rechazo de conductas de riesgo. Así mismo obtendrá estrategias para negociar el uso de anticonceptivos con su pareja y desarrollar habilidades y autoeficacia.

La tercera y última sesión, es una consejería de manera individual y consiste en:

- Una actividad que le ayudará a identificar algunos tipos de conducta que le serán de utilidad para protegerse cuando se encuentre en riesgo de un embarazo.
- Discusión sobre la toma de decisiones sobre su vida y en sus relaciones de noviazgo.
- Importancia de usar anticonceptivos y pasos para colocar correctamente el condón.

El tiempo aproximado es de 120 minutos en cada sesión. Una vez que finalice su participación se le obsequiará un pequeño presente.

Se le pedirá a su hijo/a responder algunos cuestionarios con una duración de aproximadamente 40 minutos, los cuales tratan de datos personales, actitudes, creencias y conocimientos acerca de los anticonceptivos, confianza, comunicación con los padres sobre algunos temas, equidad y género, actividades que lo identifican como parte de su comunidad, la intención y la decisión de usar métodos anticonceptivos, los cuales se aplicarán al inicio de la primera sesión y al final de la tercera sesión. Estos serán aplicados en un espacio de la institución educativa para que responda con la mayor privacidad posible.

A los dos meses de haber finalizado la participación de su hijo/a se le aplicarán nuevamente los cuestionarios. Una vez que culmine su participación se le otorgará un pequeño presente.

La información que su hijo/a proporcione será anónima, sólo para fines científicos. Los resultados pueden ser publicados en revistas científicas de manera grupal, sus datos de identificación no aparecerán en estos.

Riesgos e inquietudes: Si su hijo/a participa en este estudio el riesgo es mínimo ya que le preguntarán algunos aspectos en relación con su sexualidad. En el caso de que se sienta mal o sienta incomodidad al contestar alguna pregunta puede dejar de responder y puede retirarse del estudio si así lo desea, esto no afectará sus intereses personales. Del mismo modo este estudio es totalmente independiente de la institución en donde se realiza.

En caso de que surja un daño ocasionado por su participación, la investigadora le dará la orientación o la referirá a un profesional de la salud adecuado para mitigar el daño. La atención brindada en estos casos no implicará un costo.

Beneficios esperados: No existe ningún beneficio para su hijo/a al participar en este estudio conocerá sobre aspectos de la sexualidad y anticonceptivos que en algún momento puede ayudarle para prevenir los embarazos no planeados en adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas.

Compromisos del investigador: Cualquier duda en relación con este documento o durante su participación en el estudio será aclarada en el momento que desee o contactando a la encargada del estudio al correo electrónico encuesta.jovenes.20@gmail.com.

He leído este documento en su totalidad y las dudas surgidas fueron aclaradas y acepto que mi hijo/a participe de manera voluntaria, aunque si acepto que mi hijo/a participe, no renunciemos a los derechos y en cualquier momento si así lo deseo podré cancelar la participación de mi hijo/a en este estudio.

Firma_____	Fecha: _____
	Día/Mes/Año
Testigo 1_____	Fecha: _____
Dirección _____	Día/Mes/Año
Testigo 2 Dirección_____	Fecha: _____
	Día/Mes/Año
Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____	Fecha: _____
	Día/Mes/Año

Resumen autobiográfico

MCE. Yesenia Ramírez Espinobarros

Candidata a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE COMUNIDAD INDÍGENA EN GUERRERO: ENSAYO PILOTO ALEATORIZADO Y DE FACTIBILIDAD

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

Biografía: Yesenia Ramírez Espinobarros, nacida en Iliatenco Guerrero el 10 de agosto de 1994, hija del Sr. Joaquín Ramírez Cantú y la Sra. Eutropia Espinobarros Deaquino.

Educación: Egresada de la Escuela Superior de Enfermería N°1 de la Universidad Autónoma de Guerrero, con el grado de Licenciada en Enfermería (2012-2017).

Egresada de Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería (2019-2021).

Asociaciones y Membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha 2021 a la fecha.

Reconocimientos y distinciones:

Participación en estancia académica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM (2015).

Testimonio de Desempeño Satisfactorio por aprobación del Examen General para el Egreso de Licenciatura en Enfermería (EGEL).

Programa de verano de inglés en la Universidad de McGill en el periodo del 8 de julio al 2 de agosto de 2019. Montreal, Canadá

Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la UANL (2019-2021).

Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la UANL (2021-2024).

Experiencia Profesional:

Servicio social en la Escuela Superior de Enfermería N°1 de la Universidad Autónoma de Guerrero durante el periodo 2016 – 2017.

Enfermera en el Hospital Privado Anáhuac durante el periodo (noviembre 2017-junio 2019).

Investigación:

Participación en el XXI Verano de Investigación Científica en la Universidad de Guadalajara (2016).

Estancia de investigación virtual en el Instituto Nacional de Salud Pública, del 15 de julio al 21 de agosto del 2020.

Estancia Académica y de Investigación en la Universidad de Texas, modalidad presencial en el periodo comprendido del 26 de mayo al 19 de agosto de 2022.

Presentaciones:

Participaciones en trabajos orales y en modalidad cartel en Congresos. Obteniendo, segundo lugar en la modalidad cartel con el tema titulado: Actitud y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes indígenas, otorgado por la Universidad Autónoma de Baja California, 2020.

Publicaciones:

Prueba piloto de la intervención PaRe pasos responsables para el incremento de métodos anticonceptivos en adolescentes indígenas. *Investigación Científica en Ciencias Aplicadas*, 1(2), 21-28.

Email: yese.ramiespino@gmail.com