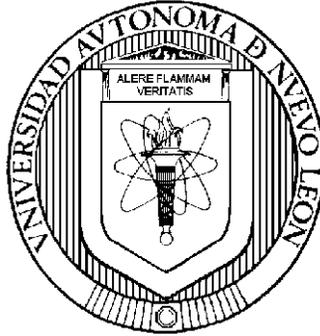


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN
ADOLESCENTES CON CARENCIA DE CUIDADO PARENTAL: ESTUDIO
PILOTO DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

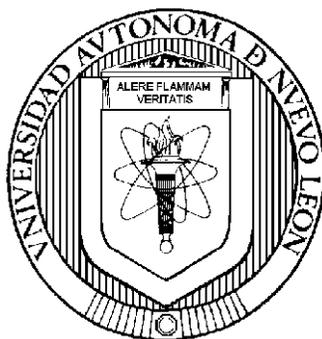
POR

M.E. ITALIA RIVERA BAYLÓN

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

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



INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN
ADOLESCENTES CON CARENCIA DE CUIDADO PARENTAL: ESTUDIO
PILOTO DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

POR

ITALIA RIVERA BAYLÓN

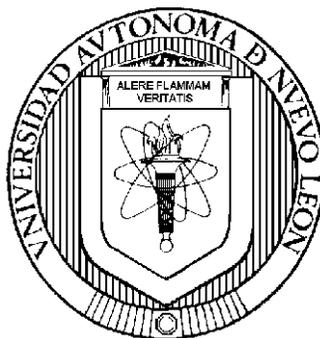
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARÍA ARACELY MARQUEZ VEGA

AGOSTO, 2023

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



INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN
ADOLESCENTES CON CARENCIA DE CUIDADO PARENTAL: ESTUDIO
PILOTO DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

POR

M.E. ITALIA RIVERA BAYLÓN

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

DR. JOSÉ LUIS JASSO MEDRANO

AGOSTO, 2023

INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN
ADOLESCENTES CON CARENCIA DE CUIDADO PARENTAL: ESTUDIO
PILOTO DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

Aprobación de tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega
Directora de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega
Presidente

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.
Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
1er. Vocal

Dra. Claudia Orozco Gómez
2do. Vocal

Dr. José Luis Jasso Medrano
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el apoyo brindado para cursar el Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Facultad de Enfermería, por la oportunidad y las facilidades brindadas para alcanzar el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería, especialmente a la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería UANL y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación.

A el Dr. Martín Eduardo Sias Casas y la Dra. Mariana Vargas Beltrán durante su gestión al frente de la dirección de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, quienes gestionaron el apoyo necesario para continuar con la formación doctoral.

A mi directora de Tesis, la Dra. María Aracely Márquez Vega, por su apoyo, confianza y su disposición para superar los obstáculos que se presentaron durante este trayecto.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, a la Dra. Claudia Orozco Gómez y al Dr. José Luis Jasso Medrano por su guía para fortalecer mi formación doctoral.

A los profesores del posgrado de la Facultad de Enfermería UANL, por compartir su experiencia y conocimiento, así mismo al personal administrativo de Posgrado e Investigación.

A los directivos de instituciones educativas donde se llevó a cabo la intervención por la posibilidad de realizar el proyecto en dichos espacios.

A la Mtra. Arely Leyva y la Mtra. Conny, por su disposición para colaborar con el proyecto, por siempre brindar soluciones ante las adversidades.

Al grupo GAM Doctorado, Fátima Montes, Mariana Vargas, Yeny Fierro, Pamela Moriel, Clarisa Luna, Diana Navarro y Teresita Morales, por acompañarnos en este camino.

A Sigma Theta Tau International-Sigma, Capítulo Tau Alpha, por la oportunidad de crecer dentro de la ciencia de enfermería.

A la Comunidad Firenze por hacer el camino más ligero a través de cada puntada.

A todos los y las adolescentes que decidieron participar y me regalaron la oportunidad de crecer juntos.

Nunca es demasiado tarde para tener una infancia feliz

Tom Robbins

Dedicatoria

A mi compañero de vida, mi Manuel, por creer en mí, incluso cuando yo no puedo hacerlo. Gracias por acompañarme en este sueño, gracias por hacerlo tuyo también.

A mis padres Enrique Rivera Morales y Esperanza Baylón Cavazos que me impulsan y me acompañan en cada proyecto, gracias por su amor incondicional.

A mi familia Enrique, Lucero, Miranda, Regina, Dunia y Gustavo, gracias por acompañarme y celebrar conmigo cada paso en mi vida. La familia no es algo importante, la familia es lo más importante.

A Juan Martínez Amparan, gracias por haberme inspirado para llegar hasta aquí, está siempre en nuestro corazón. Descanse en paz.

Dedicado a todos los estudiantes de pregrado y posgrado con TDAH, TOC, ansiedad o depresión, los éxitos que se alcanzan padeciendo alguna de estas condiciones tienen doble reconocimiento.

Dedicado muy especialmente a los adolescentes con carencia de cuidado parental, quienes, a pesar de las dificultades, siguen soñando, siguen sonriendo y siguen encontrando felicidad en las pequeñas cosas de la vida.

Todos venimos de la infancia.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	7
Estudios Relacionados	18
Objetivos del Estudio	44
Hipótesis	44
Definición de Términos	45
Capítulo II	
Metodología	50
Diseño del Estudio	50
Población, Muestra y Muestreo	50
Criterios de Inclusión	51
Criterios de Exclusión	51
Criterios de Eliminación	52
Instrumentos	52
Procedimiento del Estudio	57
Estructura de la Intervención y Medidas de Control	60
Características de la Educación Sexual del Grupo de Control	61
Consideraciones Éticas	61
Plan de Análisis de Datos	64

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	67
Resultados del Sub Estudio Cualitativo	67
Implicaciones para el Desarrollo de la Intervención	78
Modelo Lógico para la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	80
Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad en el Grupo de Intervención	82
Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad en el Grupo De Comparación	86
Consistencia Interna de los Instrumentos Aplicados	89
Resultados de Características Sociodemográficas	92
Resultados de Factibilidad	99
Resultados de Aceptabilidad	106
Respuesta a Hipótesis	108
Capítulo IV	
Discusión	118
Conclusiones	126
Limitaciones	127
Recomendaciones	128
Referencias	131

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales	150
B. Matriz de Inscripción	152
C. Cuestionario de Evaluación de Satisfacción de la Intervención	153
D. Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)	154
E. Inventario de Relaciones de Calidad (QRI)	155
F. Sub Escala de Conocimiento de Salud Sexual, Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso de Condón	156
G. Sub Escala de Actitud de Salud Sexual, Reproductiva VIH/SIDA/ITS y Uso de Condón	160
H. Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes (SEA-27)	162
I. Escala de Intención Conductual	165
J. Cuestionario de Conducta Sexual Segura (SSBQ)	166
K. Guía de Entrevista a Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	168
L. Guía de Entrevista para Cuidadores Principales de Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental en Instituciones de Cuidado	173

Tabla de Contenido

Contenido	Página
M. Consentimiento Informado para Entrevista Semiestructurada Dirigida a Cuidadores Principales y Directivos de Instituciones de Cuidado	178
N. Asentimiento Informado para Entrevista Semiestructurada Dirigida a Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	181
O. Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental. Entrevista Semiestructurada	183
P. Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo Intervención	186
Q. Asentimiento Informado para Adolescente con Carencia de Cuidado Parental Participante del Grupo de Intervención	189
R. Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo Control	191
S. Asentimiento Informado para Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo de Control	194
T. Consentimiento Informado para Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental Mayores de Edad Participantes del Grupo de Intervención y Grupo Control	196

Tabla de Contenido

Contenido	Página
U. Manual que Guía el Desarrollo de la Intervención para Promover la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	199
V. Mapeo de la Intervención para Promover la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	200

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Pruebas Estadísticas para dar Respuesta a los Objetivos del Estudio	65
2. Pruebas Estadísticas para dar Respuesta a las Hipótesis de la Intervención	66
3. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Pre-Test en el Grupo de Intervención	82
4. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Intervención	83
5. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Seguimiento en el Grupo de Intervención	85
6. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Pre-test en el Grupo de Comparación	86
7. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Comparación	87
8. Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Seguimiento en el Grupo de Comparación	88
9. Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Intervención	90
10. Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Comparación	91

Lista de Tablas

Tabla	Página
11. Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Intervalo)	93
12. Equivalencia de Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Intervalo)	93
13. Características Sociodemográficos Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables Nominales)	94
14. Equivalencia entre Grupos de la Variable Calidad de la Relación con el Referente Familiar por Grupo de Intervención y Comparación (Variables Ordinales)	96
15. Actividad Sexual Inicial por Grupo de Intervención y Comparación (Variables Nominales)	97
16. Eventos Potencialmente Traumáticos Inicial por Grupo de Intervención y Comparación	98
17. Asistencia por Sesión del Grupo de Intervención	102
18. Actividades Completadas del Grupo de Comparación	103
19. Motivos de Abandono de los Participantes del Estudio	103
20. Resultados de Aceptabilidad de la Intervención	106
21. Prueba Friedman para Determinar la Diferencia entre los Momentos de la Medición en el Grupo de Intervención	109

Lista de Tablas

Tabla	Página
22. Prueba Friedman para Determinar la Diferencia entre los Momentos de la Medición en el Grupo de Comparación	111
23. Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Pre-Test	112
24. Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Post-Test	115
25. Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Seguimiento	117

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Subestructuración Teórica	14
2. Modelo Conductual para el Cambio de Conducta en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	16
3. Marca de Nube con 50 Palabras de Repetición más Frecuentes	68
4. Modelo Lógico para el Cambio de Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental	81
5. Diagrama de Flujo de Participantes	105

Resumen

Italia Rivera Baylón
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2023

Título del Estudio: Intervención para Promover la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado

Número de Páginas: 203

Candidato a obtener el grado
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método del Estudio: Desarrollar y evaluar una intervención para promover la conducta sexual segura, dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental en el noroeste de México. Diseño del estudio de tipo cuasi-experimental de mediciones repetidas de dos grupos al pre-test, post-test y seguimiento. Para el diseño de la intervención se realizaron entrevistas semiestructuradas, que permitieron conocer la perspectiva de la educación sexual en adolescentes con carencia de cuidado parental, así como elaborar el currículo de la intervención. Posteriormente, se desarrolló un estudio piloto, en adolescentes con carencia de cuidado parental de entre 15 a 18 años de edad en instituciones de educación media superior. Se calculó el tamaño de muestra con un tamaño de efecto del .07, potencia de 80 y una tasa de deserción del 20% obteniendo 40 adolescentes por grupo, se estableció un muestreo por conveniencia. La intervención se desarrolló en 6 sesiones de 60 minutos, en el entorno escolar en un horario establecido para ello. Los componentes de la intervención son, resiliencia psicológica, conocimiento para la conducta sexual segura, actitud hacia la conducta sexual segura, autoeficacia para la conducta sexual segura e intención para la conducta sexual segura. Algunas estrategias empleadas son actividades lúdicas, dramatización, demostración de procedimientos y generación de espacios de reflexión. Se aplicaron instrumentos auto administrados de las variables demográficas, de aceptabilidad, resiliencia psicológica, conocimiento, actitud, autoeficacia, intención y conducta relacionadas a la conducta sexual segura. Para el análisis de los datos se realizaron pruebas de normalidad, análisis de confiabilidad y pruebas no paramétricas, Friedman para muestras relacionadas y *U* de Mann-Whitney para muestras independientes, el tamaño de efecto se calculó con *W* de Kendall para la prueba Friedman y para *U* de Mann-Whitney con la *r* de Ronsenthal.

Contribución y Conclusiones: El desarrollo de la intervención permitió profundizar en las percepciones sobre la educación sexual en este grupo poblacional. La muestra se conformó por 46 participantes en total, 31 adolescentes en el grupo de intervención y 15 en el grupo de comparación. La edad media del total de la muestra fue de 16.83 ($DE = .70$), el 37 % de los participantes correspondió al sexo femenino

y el 63 % al masculino. Además, se evaluaron equivalencias entre ambos grupos al inicio del estudio y no se encontraron diferencias significativas, excepto en la edad de los participantes ($p < .05$), la calidad de la relación con el referente familiar ($p < .05$) y haber recibido agresión verbal ($p < .05$).

En cuanto a la factibilidad se encuentran algunas barreras para su implementación entre ellas, el acceso a la población y la retención de la muestra, entre ellas se identificaron, actividades escolares planificadas y el retiro de una institución del estudio. Finalmente, la tasa de participación del grupo de intervención fue de 85 % ($IC = .73 - .97$) y del grupo de comparación fue de 48 % ($IC = .30 - .67$), la tasa de deserción de ambos grupos fue de 31 % ($IC = .20$ al $.42$).

En lo que respecta a la aceptación de la intervención, la mayoría de los participantes reportan el agrado por la organización de las actividades (77.4 %), el contenido del curso (80.6 %) y consideran que puede ser de beneficio para otros compañeros (87.1 %), sin embargo, menos de la mitad considera que no es de interés a otros compañeros.

Sobre los resultados de las hipótesis, en cuanto a las mediciones en el grupo de intervención se reportan cambios significativos en todas las variables de la intervención al post-test y seguimiento, exceptuando en la variable de Conducta Sexual Segura ($\chi^2 = 1.72$, $p > .05$), en el caso de la resiliencia psicológica, se obtuvieron niveles bajos de resiliencia en todas las mediciones y las diferencias tendieron a la disminución $\chi^2 = 41.37$ ($p < .001$).

En la comparación entre ambos grupos se observó diferencias significativas en la variable de autoeficacia para la conducta sexual segura al post-test ($U = 83.00$, $z = -3.50$, $p < .001$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = .17$), sin embargo, la diferencia no se mantiene al seguimiento ($U = 179.50$, $z = -1.24$, $p > .05$).

Con lo anterior se considera factible realizar un ensayo clínico aleatorizado, sin embargo, requiere de la sensibilización de referentes familiares, cuidadores principales, directivos de instituciones educativas y de cuidado para este grupo poblacional. La intervención resultó ser aceptable en cuanto a la organización de actividades, el tiempo de la intervención y el contenido, se sugiere incluir elementos basados en la web que puedan ser de interés para los adolescentes con CCP.

Es importante continuar con el trabajo y acercamiento a adolescentes más vulnerables, para identificar factores que influyen en la conducta sexual de esta población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El Embarazo en Adolescentes (EA) y las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública de gran importancia no solo para México, sino para América Latina y el Caribe, las cuales alteran la salud física y emocional de los adolescentes (Loredo-Abdalá et al., 2017). En lo que respecta al EA, se ha documentado que la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en la región de América Latina y el Caribe es de 66.5 hijos por cada mil mujer y con una tendencia ascendente en menores de 15 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2018).

México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en el trienio 2015-2017 la TEFA, alcanzó una cifra de 70.6 hijos por cada mil mujeres adolescentes, durante este periodo 19.5% de los nacimientos correspondieron a embarazo adolescente. En el 2018, 18.5% de los nacimientos ocurrió en adolescentes entre 10 y 19 años. En el 2017, 23% de los adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 12 y 19 años, de los cuales el 48% no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, de estos el 15% corresponde al sexo masculino y 33% al femenino, además, el 45% no utilizó algún método anticonceptivo en su última relación sexual (UNFPA 2021).

Con respecto a las ITS tanto virales como bacterianas siguen siendo comunes en el mundo, en relación al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), más de 2 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años viven con el virus y alrededor de una de cada siete nuevas infecciones se produce durante la adolescencia. En México se

estima que diariamente se contagian 33 personas del VIH y a finales del 2019 existía una prevalencia de 26% (Agwu, 2020; Krist et al., 2020).

Las ITS, son a menudo asintomáticas lo que ocasiona un retardo en su diagnóstico y tratamiento, sin embargo, estas tienen consecuencias severas como enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cáncer, además, si no son tratadas durante el embarazo, puede causar daño a la madre y el bebé tales como infección perinatal y problemas del desarrollo e incluso la muerte (Krist et al., 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La adolescencia representa un periodo significativo de transición hacia la adultez, en la cual se experimentan diferentes tipos de maduración, tanto en el nivel psicológico, cognitivo, biológico y físico. Además, durante esta etapa se desarrollan aspectos dentro del nivel psicológico y cognitivo como la identidad, personalidad y habilidades de la edad adulta (Güemes-Hidalgo et al., 2017). La OMS (s. f.) la define como un “periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” sin embargo, existen variaciones del desarrollo, como la adolescencia temprana, media y tardía que abarca los periodos de 10-14, 15-17 y 18-19 años respectivamente. La duración de este periodo está influida por diversos factores, entre ellos la cultura, el contexto socioeconómico, la urbanización y prácticas sexuales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018; Shoko et al., 2018).

La adolescencia, se caracteriza por una tendencia hacia la exploración y la experimentación en busca del autodescubrimiento y la independencia, este hecho puede aumentar el riesgo de conductas nocivas para la salud, las cuales generalmente tienen efectos persistentes para el resto de la vida, por ello, es una etapa decisiva,

dado que muchos patrones de conducta se establecen en este periodo, lo que la caracteriza por ser un momento ideal para sentar las bases de conocimiento y de conducta para una buena salud en la edad adulta (Abiodun et al., 2021).

Es importante mencionar que existen adolescentes que se encuentran con mayor vulnerabilidad en materia de salud sexual y reproductiva, como lo son aquellos con Carencia de Cuidado Parental (CCP) (orfandad, abandono o separación) debido a la dificultad por satisfacer necesidades humanas básicas. Aunque no se han delimitado cifras específicas de EA e ITS para esta población en particular, se han identificado características que los hacen más susceptibles, como, la posible exposición al maltrato, la negligencia en el cuidado, el tiempo en esta condición, la falta de apoyo social, la carencia en el desarrollo de habilidades sociales, así como las deficiencias en el acceso a la salud y la educación (Oman et al., 2018; Pufall et al., 2017; Puffer et al., 2016; Shoko et al., 2018; Thurman et al., 2020; Thurman et al., 2016).

Dichas características los vuelve más propensos a involucrarse en Conductas Sexuales de Riesgo (CSR), las cuales se definen como aquellos comportamientos que aumentan el riesgo de un embarazo no planificado o ITS, incluyendo VIH. Las CSR incluye el inicio de actividad sexual antes de los 15 años, la falta de uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin uso del preservativo, mantener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y drogas, parejas sexuales de riesgo y múltiples parejas sexuales (Abiodun et al., 2021).

En el año 2015 existían alrededor de 140 millones de niños, niñas y adolescentes con CCP, aproximadamente 10 millones en América Latina y el Caribe (UNICEF, 2016). En México se realizó el primer censo a Centros de Alojamiento de

Asistencia Social (CAAS), donde se brinda cuidado y atención a niños y adolescentes en esta condición, en el cual se reportaron 879 casas hogar, con 33 118 residentes, distribuidos por sexo 49% mujeres y 51% hombres. Respecto a la edad, 59.4% corresponde a niños entre 6 y 14 años, seguidos por el grupo de 15 a 17 años con 24.8% y de 0 a 5 años el 15.8%. Las entidades federativas con mayor población fueron, Baja California (4 124), Jalisco (2 955), Ciudad de México (2 922) y Chihuahua (2 137) (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias, 2016).

Una de las estrategias para la prevención de EA e ITS, es la educación y promoción a la salud para incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el uso del condón masculino, atendiendo a los derechos sexuales y reproductivos (Doubova et al., 2016). En México, se desarrolló la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, la cual tiene como objetivo reducir el número de EA, dispuesto en dos metas, la primera, disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y el segundo, reducir en un 50% la TEFA en adolescentes de 15 a 19 años, para el 2030 (Instituto Nacional de las Mujeres, 2021).

En este mismo sentido, se han encontrado estudios que demuestran que el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, es la piedra angular para la prevención de CSR. Así mismo se ha indicado la importancia de tomar en cuenta tanto factores psicosociales y de comportamiento (Kane et al., 2018; Shoko et al., 2018; Thurman et al., 2016, 2018; Vacaru et al., 2018). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, las intervenciones o programas existentes, no están dirigidas a población adolescente con CCP.

Con respecto a los elementos y componentes que integran las intervenciones dirigidas a grupos poblacionales similares, se encuentran algunas variables como la escolaridad alcanzada, redes de apoyo, resiliencia psicológica, conocimiento sobre ITS, VIH, métodos anticonceptivos y prácticas sexuales seguras, actitudes con respecto al comportamiento de prevención, habilidades conductuales como la autoeficacia para prevenir VIH y para el uso de condón e intención para la conducta sexual segura (Cluver et al., 2011; Embleton et al., 2017; Goodman et al., 2016; Green et al., 2017; Huynh et al., 2020; Juma et al., 2013; Menna et al., 2014; Pufall et al., 2017; Thurman et al., 2020).

En relación con lo anterior, en la literatura se pueden encontrar modelos y teorías que han sido utilizados para identificar las componentes que integran las intervenciones que promueven Conductas Sexuales Seguras (CSS). Entre estos se encuentran el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB por sus siglas en inglés) (Fisher J. & Fisher W., 1992), la Teoría Social Cognitiva (SCT por sus siglas en inglés) (Bandura et al., 1999), la Teoría de la Conducta Planeada (TPB por sus siglas en inglés) (Ajzen, 1991) y el Modelo de Creencias en Salud (HBM por sus siglas en inglés) (Rosenstock, 1974) los cuales han sido efectivos para describir, explicar, predecir y prescribir intervenciones para el cambio de conducta.

El modelo IBM fue originalmente creado para explicar el comportamiento preventivo del VIH, consta de tres constructos importantes, información específica, problemas específicos de motivación y determinadas habilidades conductuales, los cuales están implicados en el desempeño del comportamiento preventivo. Cabe mencionar que el IBM, incluye los constructos de motivación de la TPB y habilidades

conductuales de SCT, para proveer de definiciones más articuladas (Fisher J. & Fisher W., 1992). Por otra parte, el HBM asume en sus componentes básicos los factores modificadores, que pueden afectar la percepción del individuo e influir en el comportamiento de salud, entre ellos las variables demográficas, socio psicológicas y estructurales (Rosenstock, 1974).

En el presente estudio, se propone diseñar una intervención de educación sexual dirigido a adolescentes con CCP. El diseño de esta intervención resalta la importancia de abordar la salud sexual y reproductiva en grupos poblacionales más vulnerables, como es el caso de los adolescentes con CCP, que promuevan el desarrollo de la sexualidad saludable, entendiendo a esta como un estado de bienestar tanto físico, emocional y mental y no meramente como la ausencia de enfermedad o disfunción, incluyendo aspectos como los derechos y experiencias sexuales (OMS, 2017).

En este sentido Fennell y Grant (2019), mencionan que los profesionales de enfermería deben mantener una actitud proactiva para prevenir resultados negativos en cuanto a la salud sexual y reproductiva, por lo tanto, el estudio e investigaciones en torno a esta temática, profundiza en el conocimiento, genera elementos importantes sobre promoción y protección de la salud sexual e informa la práctica profesional.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es analizar el efecto de una intervención para promover la conducta sexual segura, dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental en el noroeste de México.

Marco de Referencia

A continuación, se describen las teorías utilizadas para dar sustento teórico al estudio, el cual consta de cuatro segmentos, el primero, la descripción de las teorías que dieron estructura al modelo conductual y permitieron identificar los componentes de la intervención, en las que se incluye el modelo HBM (Rosenstock, 1974), el modelo de IMB (Fisher et al., 2008), la teoría CST (Bandura et al., 1999) y la Teoría TPB (Ajzen, 1991). El segundo segmento explica la subestructuración teórica, la cual se construyó a partir de la estrategia de Dulock y Holzemer (1991). El tercero segmento, presenta la teoría de intervención que guía el desarrollo de la misma y finalmente el cuarto segmento incorpora el modelo conductual que siguió la intervención propuesta

Modelo de Información-Motivación-Comportamiento

El modelo IBM es una teoría proveniente de la psicología social para comprender y promover los comportamientos de promoción de salud. Como se mencionó anteriormente, el modelo IMB es originalmente creado por la necesidad de explicar las determinantes sociales para la prevención del VIH, sin embargo, sus constructos y las relaciones son considerados altamente generalizables para la promoción de comportamientos de salud en poblaciones de interés. El modelo afirma que un individuo informado, motivado a actuar y que posea las habilidades para llevar a cabo acciones de salud, podrá iniciar o mantener comportamientos de salud y experimentar resultados positivos. La información es el primer constructo del modelo IBM para el cambio de conducta, el cual ha demostrado que el conocimiento específico de prevención es necesario, sin embargo, no es suficiente por sí mismo para la reducción de conductas de riesgo (Fisher et al., 2008).

El segundo constructo, motivación, ha explicado que una persona bien informada puede iniciar o mantener conductas preventivas, sin embargo, este puede ser afectado por varios factores, como la actitud hacia la prevención y normas sociales. Para resolver esta situación el modelo IBM incluye el constructo motivacional de TPB, para proveer una conceptualización bien articulada. En su definición se incluyen la actitud hacia las conductas preventivas, las normas subjetivas del individuo y la percepción que mantiene su pareja sexual sobre las conductas preventivas (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977).

El tercer constructo son habilidades conductuales, las cuales son críticas para el comportamiento preventivo, el modelo IMB identifica algunas de ellas, como lo son la capacidad de adquirir información acertada, comunicación, negociación y actos públicos de prevención. Además, la definición de este constructo integra las nociones del constructo de autoeficacia de la TSC.

Teoría Social Cognitiva

La TSC, explica la influencia que puede ejercer la persona sobre su propia conducta. Los constructos centrales de la teoría son, a) las expectativas de autoeficacia, es decir el juicio sobre la capacidad personal para llevar a cabo un comportamiento y b) las expectativas sobre el resultado, la cual hace referencia a aquello que considera el individuo puede ocurrir si realiza una conducta determinada.

Estos constructos fueron diferenciados debido a que un individuo puede pensar que la conducta deseada lo conducirá a obtener el resultado esperado. Sin embargo, las expectativas del resultado se basan en la percepción que tienen el individuo sobre su capacidad de llevar a cabo el comportamiento requerido (Bandura, 1977a, 1977b; Bandura et al., 1999).

De acuerdo con Bandura (1977a, 1977b), además de poseer las habilidades, el individuo debe auto-percibirse con la capacidad de poder realizar dichas habilidades. La autoeficacia es definida como la convicción de que el propio individuo puede llevar a cabo el comportamiento requerido para alcanzar los objetivos. La fuerza de dicha convicción determina la posibilidad de cooperar con situaciones difíciles, es decir que, la percepción de autoeficacia anticipa la conducta, maximizando los mecanismos de cooperaciones ante las adversidades.

Modelo de Creencias en Salud

El HBM, se ha utilizado para explicar comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo cognitivo que considera el conjunto de creencias que influyen sobre una situación determinada. El constructo de Factores Modificadores, son un conjunto de variables demográficas, estructurales y socio psicológicas que pueden afectar la percepción del individuo e influir en las conductas de prevención. Tales pueden ser la edad, sexo, la personalidad y redes de apoyo social (Rosenstock, 1974).

Teoría del Comportamiento Planeado

Y finalmente se integra el concepto de la teoría de Comportamiento Planeado (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977), el cual es definido como un factor central para llevar a cabo un comportamiento determinado. La intención incluye los factores motivacionales que influyen en el comportamiento, es decir que son un indicativo de la voluntad o el esfuerzo previsto, para llevar a cabo el comportamiento. La teoría también explica que entre mayor sea la intención, incluso cuando no se tiene suficiente control, es más probable que se lleva el cabo un comportamiento definido.

Subestructuración Teórica

Para la construcción de la subestructuración (Figura 1), se utilizaron los constructos y proposiciones de las teorías IBM (Fisher et al., 2008), el constructo de Factores Modificadores de HBM (Rosenstock, 1974) el constructo de Autoeficacia de la CST (Bandura, 1977a) y el constructo de Intención del Comportamiento de la TPB de (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977). Se derivaron los conceptos de interés a través de la estrategia de subestructuración propuesta por Dulock y Holzemer (1991), con el propósito de identificar las variables del fenómeno de estudio y componentes de la intervención. Se presenta el constructo de la base teórica en negritas y cursiva, posteriormente se presente el concepto reconceptualizado en letra cursiva.

Factores modificadores. Es uno de los constructos del modelo HBM, el cual incluye las variables demográficas, estructurales y socio psicológicas, estas modifican las percepciones individuales sobre el comportamiento preventivo.

Factores modificadores de la conducta sexual segura. El cual hace referencia a las características demográficas, psicológicas y estructurales del adolescente que influyen o modifican la percepción sobre la actitud hacia la conducta sexual segura. En cuanto a las *características demográficas* se encuentran *edad, el sexo, escolaridad, tipo y tiempo transcurrido de CCP, eventos potencialmente traumáticos, relaciones sexuales previas y uso previo de condón*; sobre las características estructurales *la relación con el cuidador principal y calidad del cuidado estructural*. En cuanto a las características psicológicas se encuentra la *resiliencia psicológica*, la cual se define como la capacidad que permite al adolescente a prevenir, minimizar y sobreponerse a los efectos de los eventos potencialmente traumáticos. La respuesta de la resiliencia psicológica en el adolescente es, el mantenimiento de un desarrollo

normal a pesar de la adversidad, la capacidad de entablar relaciones saludables, y la resolución de conflictos.

Información. Uno de los constructos y determinante crítico del modelo IMB, es el conocimiento relevante para llevar a cabo el comportamiento en salud, la cual puede ser fácilmente proclamada por la ecología social del individuo. La información puede incluir hechos específicos de promoción a la salud; heurística o reglas simples que permitan la toma de decisiones respecto al comportamiento de salud; teorías o un conjunto de creencias específicas que influyen sobre el comportamiento de (Fisher et al., 2008).

Conocimiento para la conducta sexual segura, hace referencia a la información que influye directamente sobre los comportamientos de sexualidad, en este concepto se incluyen conocimientos sobre prácticas en salud sexual y reproductiva. Además, se integran conocimientos sobre hechos específicos de la promoción a la salud, como el condón, el cual es el método más eficaz para prevenir VIH, ITS y EA, y creencias del adolescente sobre el uso del condón.

Motivación. Otro constructo determinante del modelo IMB es la motivación para desempeñar el comportamiento de salud, este influye en el individuo bien informado para llevar a cabo acciones de salud. Incluye tanto la motivación individual o actitudes frente al comportamiento de salud y la motivación social o el apoyo social para pronunciarse a favor del comportamiento de salud (Fisher et al., 2008).

Actitud hacia la conducta sexual segura. Se define como un determinante adicional que influye en la toma de decisiones para mantener un comportamiento

sexual seguro. Es decir, la percepción emocional respecto al resultado al mantener una conducta sexual segura.

Habilidades conductuales. Para el desempeño de acciones de promoción a la salud, son un componente importante del modelo IMB, es decir, que un individuo bien informado y motivado será capaz de llevar a cabo efectivamente un comportamiento en salud. Este constructo se enfoca en las habilidades individuales objetivas y en su sentido de autoeficacia para desempeñar acciones de promoción a la salud (Fisher et al., 2008). Por otra parte, este constructo se define en la SCT como la percepción de la capacidad personal para llevar a cabo un comportamiento y las expectativas sobre el resultado (Bandura et al., 1999). Es decir que considera la percepción sobre la habilidad conductual y el resultado esperado cuando se realiza dicha habilidad.

Autoeficacia para la conducta sexual segura. Este concepto, es un determinante relevante para predecir la conducta sexual segura, se define como, la percepción del adolescente sobre su capacidad de mantener prácticas sexuales seguras, de comunicación y de prevención, incluso en situaciones difíciles.

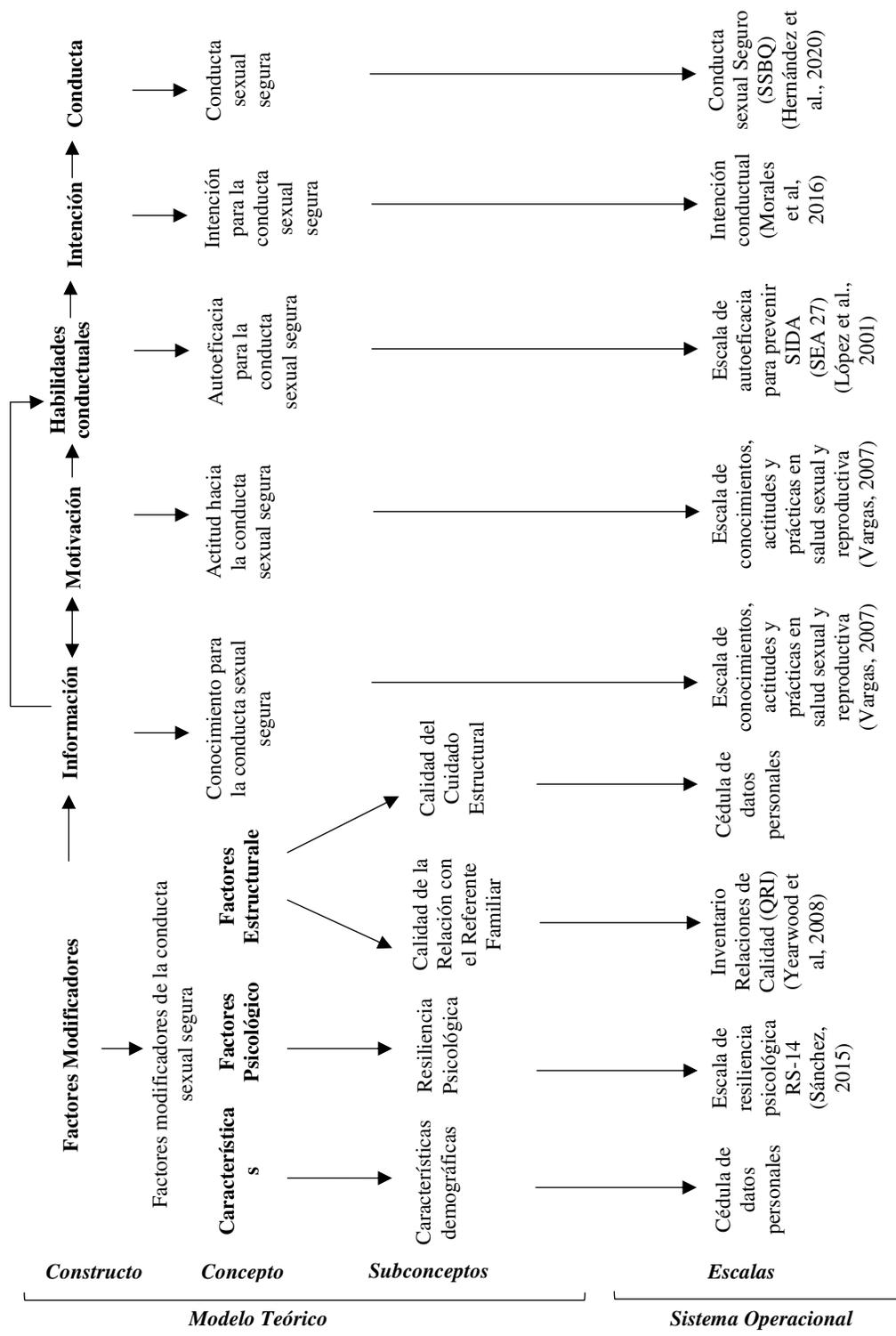
Intención. Es un constructo de la TPB, y se define como la voluntad y el esfuerzo anticipado para llevar a cabo un comportamiento determinado. A mayor intención, mayor probabilidad de ejecutar el comportamiento de salud. La intención depende del control que ejerce el individuo sobre el comportamiento (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977).

Intención para la conducta sexual segura. Es la voluntad del adolescente para considerar el uso de métodos de protección y retardo del inicio de la actividad sexual y evitación de conductas de riesgo para prevención de EA, ITS o VIH.

Conducta de promoción de la salud. Este constructo es influido por la información de promoción a la salud y la motivación, las cuales a su vez influyen las habilidades conductuales y predicen el desempeño de la conducta de promoción a la salud, se define como las acciones que pueden afectar o influir directamente los resultados de salud (Fisher, J. & Fisher, W.,1992; Fisher et al., 2008).

Conducta sexual segura. Este concepto, se encuentra influenciado por los conceptos *conocimiento de salud sexual y reproductiva, actitud hacia la conducta sexual segura, autoeficacia para la conducta sexual segura, e intención de la conducta sexual segura.* Se define como las acciones que efectúa el adolescente para disminuir el riesgo a EA o adquirir ITS, tales como el uso del preservativo y evitar relaciones sexuales de riesgo.

Figura 1. Subestructuración Teórica



Nota: Se muestran el modelo derivado utilizando la propuesta de Dulock y Holzemer (1991). En negritas el constructo de los modelos y teorías que sustentan el estudio y las palabras sin negritas son los conceptos y subconceptos derivados.

Modelo Conductual

La figura 2, representa el modelo conductual para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental. El cual contiene tres grupos de variables, los factores modificadores de la conducta sexual segura, los determinantes de la intención y la conducta. El modelo explica que la probabilidad de realizar la conducta está en función de los factores modificadores de la conducta sexual segura y los determinantes de la intención.

Entre los factores modificadores de la conducta sexual segura, se encuentran las variables demográficas como, la edad, el sexo, los años de escolaridad, el tipo de CCP, el tiempo de CCP y los EPT, además se encuentra la variable de resiliencia psicológica, la cual es influenciada por la calidad de la relación con el referente familiar y la calidad del cuidado estructural.

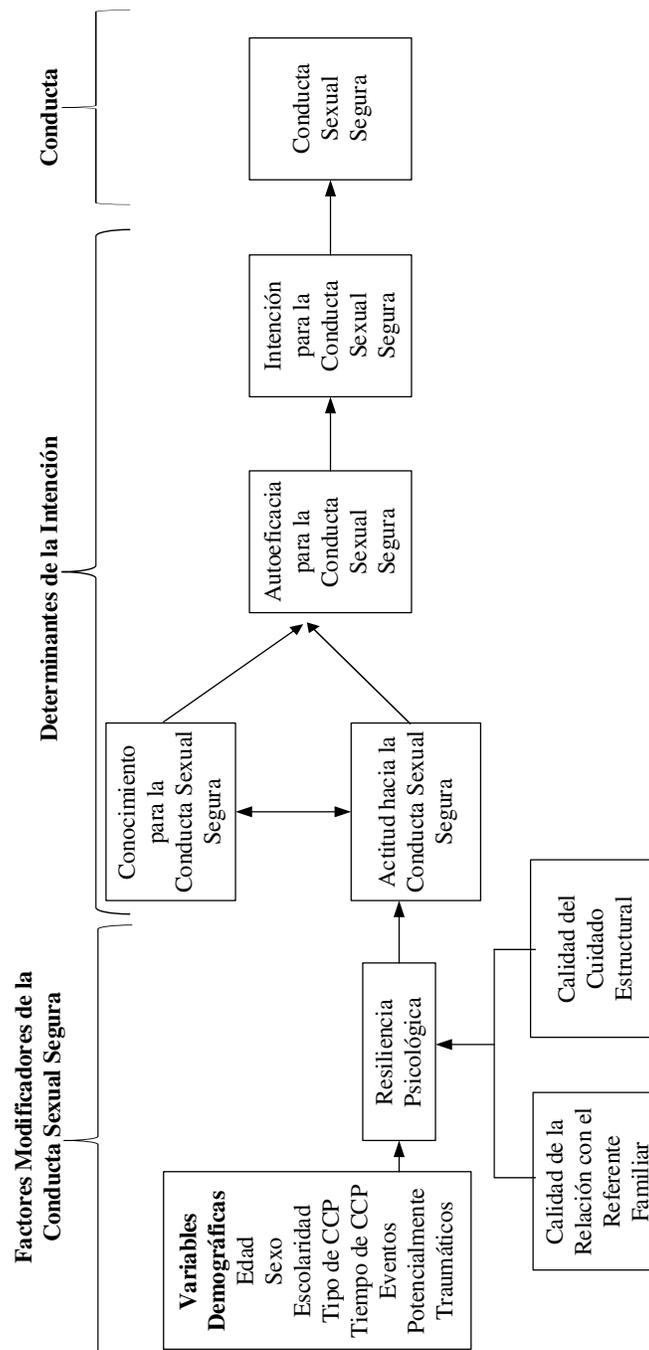
Dentro de los determinantes de la intención se encuentran, la actitud hacia la conducta sexual segura, el conocimiento para la conducta sexual segura, autoeficacia para la conducta sexual segura y la intención para la conducta sexual segura.

En lo que respecta a la variable de la conducta, se encuentra únicamente la variable de conducta sexual segura. Este modelo indica que la resiliencia psicológica modifica la percepción de actitud hacia la conducta sexual segura y que la conducta sexual segura es influenciada por las variables contenidas en los determinantes de la intención.

Finalmente, en la figura 2, las variables de la intervención fueron, resiliencia psicológica, conocimiento para la conducta sexual segura, actitud hacia la conducta sexual segura, autoeficacia para la conducta sexual segura e intención para la conducta sexual segura.

Figura 2.

Modelo Conductual para el Cambio de Conducta en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental



Nota: Se muestra el modelo de la intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental.

Teoría de Intervención

El desarrollo de intervenciones conductuales sigue un proceso gradual el cual consiste en una serie de pasos y actividades, Gitlin y Czaja (2016) describen seis fases desde el desarrollo de la intervención hasta la implementación en escenarios reales. Las fases son: 1) descubrimiento, 2) seguridad, factibilidad y aceptabilidad, 3) eficacia de nuevos tratamientos comparado con los estándares, 4) efectividad en un entorno específico, 5) traslación e implementación de la intervención y 6) sustentabilidad.

Para este estudio son consideradas las primeras dos. La primera denominada fase de descubrimiento la cual consiste en identificar el problema, la población objetivo, las bases teóricas, los mecanismos de intervención y los resultados esperados. Esta fase es considerada elemental, puesto que involucra la identificación de la evidencia teórica que apoya los beneficios potenciales de la intervención, así como evaluar los mecanismos mediante los cuales la intervención tiene los efectos deseados sobre la población objetivo (Gitlin & Czaja, 2016).

La segunda fase, denominada seguridad, factibilidad y aceptabilidad consiste en identificar evaluar los componentes y determinar la aceptabilidad, factibilidad y seguridad de la misma. En esta fase se recomiendan estrategias metodológicas como, estudios de caso, diseños con mediciones repetidas y grupos focales, así como la combinación de estas metodologías para refinar los detalles de la intervención, como sus características (dosis, intensidad, y elementos del tratamiento). Además, la investigación cualitativa es de gran utilidad para evaluar la aceptabilidad, la utilidad de los componentes de la intervención, barreras potenciales de adherencia y el cambio conductual (Gitlin & Czaja, 2016).

Estudios Relacionados

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura sobre los conceptos representados en el modelo conductual, además se incluyen intervenciones y sus componentes principales dirigidas a grupos poblacionales similares. Al final de cada apartado se presenta una síntesis de los estudios.

Factores modificadores de la conducta sexual segura: características demográficas.

Edad

Van de Bongardt et al. (2020), realizaron un estudio en el cual investigaron las competencias socio-sexuales como la autoestima, el asertividad, control y la comunicación en 6 098 adolescentes de entre 12 - 26 años. En los resultados principales encontraron que la edad estaba relacionada positivamente con las habilidades para la conducta sexual segura como lo es, asertividad sexual y comunicación [$OR = 1.2$; 95% ($IC = 1.12 - 1.39$)].

Goodman et al. (2016), realizaron un estudio donde evaluaron el comportamiento sexual en 419 adolescentes huérfanos y vulnerables. Encontraron que las adolescentes mujeres con más edad reportaron mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección [$OR = 1.34$; 95% ($IC = 1.23 - 1.47$)]. Además, se encontró que para las mujeres ser un año mayor de edad en el momento de la muerte parental se asoció un 2% en la reducción de probabilidad del iniciar actividad sexual [$OR = .98$; 95% ($IC = .96 - 1$)] así como de relaciones sexuales sin protección [$OR = 1.34$; 95% ($IC = 1.23 - 1.47$)].

Síntesis de Estudios Relacionados

En cuando a los factores modificadores de la conducta, en lo que respecta a características demográficas como la edad del adolescente CCP, se observa que esta se asoció positivamente con poseer competencias socio-sexuales, autoestima, comunicación, control y asertividad, en este mismo sentido, se encontró que en el caso de las adolescentes femeninas ser un año mayor al momento de la CCP, se asoció con menor probabilidad de iniciar actividad sexual a temprana edad. Por otra parte, también se evidencia que las adolescentes femeninas de mayor edad tienden a llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, específicamente la falta de uso del preservativo.

Por lo que la intervención en edades más tempranas de la adolescencia, así como el desarrollo de competencias socio-sexuales puede generar resultados favorables para la prevención de conducta sexuales de riesgo y promover la disminución del inicio de actividad sexual a temprana edad o el uso del preservativo.

Sexo

Fite y Cherie (2016) realizaron un estudio el cual tenía por objetivo evaluar la prevalencia de comportamiento de riesgo sexual y sus determinantes en 442 niños huérfanos y vulnerables, en instituciones de cuidado para este grupo poblacional, encontró que las adolescentes femeninas fueron más propensas a involucrarse en comportamiento sexual [$OR = 3.25$; 95% ($IC = 2.67 - 7.2$)].

Mkandawire et al. (2017), llevaron a cabo un estudio en el que examinaron el efecto del estado de orfandad con respecto a la primera relación sexual en 1 214 adolescentes de 12 - 18 años. Los masculinos huérfanos dobles experimentaron inicio de actividad sexual a más temprana edad que sus contrapartes no-huérfanos

($TR = 7.5\%$, $z = -2.65$ $p < .05$). Igualmente, las femeninas huérfanas de padre ($TR = 7.6\%$, $z = -4.42$, $p < .001$) o madre ($TR = 9.7\%$, $z = -3.49$, $p < .001$) iniciaron actividad sexual a más temprana edad, que las adolescentes con cuidado parental.

Un estudio realizado por Neiva et al. (2018), en el cual tenía por objetivo identificar la prevalencia de la experiencia de embarazo con respecto a factores asociados en adolescentes en situación de calle, en una muestra de 307 adolescentes de 10 a 21 años, reportaron que las adolescentes femeninas tienen mayor probabilidad de embarazo [$OR = 1.79$; 95% ($IC = 1.30 - 2.47$)], tener más de 10 parejas sexuales en el último año [$OR = 1.63$; 95% ($IC = 1.17 - 2.28$)] o tener sexo transaccional [$OR = 1.88$; 95% ($IC = 1.39 - 2.56$)].

Síntesis de Estudios Relacionados

En cuanto al sexo del adolescente, Se ha observado que la carencia de padre, madre o ambos en la vida de los adolescentes puede afectarlos de diferente manera. En el caso de las adolescentes femeninas CCP de padre o madre, se observa mayor probabilidad de iniciar o involucrarse en actividad sexual a más temprana edad, mayor probabilidad de embarazo adolescente, tener más parejas sexuales o mayor probabilidad mantener relaciones sexuales a cambio de un bien material o servicio. En cambio, los adolescentes masculinos con carencia de cuidado parental doble, puede iniciar actividad sexual a más temprana edad a diferencia de sus contra partes.

Lo anterior resulta ser un factor importante para la creación de intervenciones, pues requiere de considerar el desarrollo de habilidades para rechazar relaciones sexuales de riesgo, así como de decidir el momento y las condiciones para iniciar la vida sexual.

Escolaridad del Adolescente

Shoko et al. (2018), examinaron la relación entre el estado de orfandad y el debut sexual con adolescentes huérfanos de entre 15 - 17 años, en el cual reportaron que la inscripción escolar se asoció significativamente con un menor riesgo de haber iniciado actividad sexual ($HR = .79, SE = .06, p < .01$).

Un estudio realizado por Goodman et al. (2016), en el cual evaluaron el comportamiento sexual en 419 con carencia de cuidado parental y vulnerables, encontraron que, mayor educación alcanzada, se asociado significativamente con menor probabilidad de mantener sexo sin protección [$OR = .87; 95\% (IC = .84 - .94)$].

Un estudio realizado por Neiva et al. (2018), en el cual tenía por objetivo identificar la prevalencia de la experiencia de embarazo con respecto a factores asociados en adolescentes en situación de calle, en una muestra de 307 adolescentes de 10 a 21 años, reportaron que las adolescentes femeninas tienen mayor probabilidad de embarazo [$OR = 1.79; 95\% (IC = 1.30 - 2.47)$], nunca haber estudiado o haber interrumpido la escuela [$OR = 2.18; 95\% (IC = 1.40 - 3.40)$].

Por otra parte, Pufall et al. (2017), realizaron un estudio en el cual tenían por objetivos describir los niveles y patrones de abuso de sustancia y comportamiento de riesgo sexual en adolescentes huérfanos de 15 a 19 años. Se encontró que la inscripción a la escuela se asoció negativamente con haber iniciado actividad sexual [$AOR = .35; 95\% (IC = 0.72 - 0.64) p < .001$].

Síntesis de Estudios Relacionados

Los adolescentes con CCP inscritos en la escuela, mostraron menor probabilidad de haber iniciado actividad sexual a temprana edad o de mantener sexo

sin protección. En cambio, los adolescentes vulnerables que nunca habían estudiado o interrumpieron sus estudios tuvieron mayor probabilidad de embarazo adolescente.

La revisión de la literatura demuestra que la escolaridad podría ser un factor protector en adolescentes vulnerables para promover la conducta sexual segura y reducir o minimizar conductas sexuales de riesgo, como las relaciones sexuales sin protección.

Tipo y Tiempo de Carencia de Cuidado Parental

Mkandawire (2017), llevó a cabo un estudio en el que examinó el efecto del estado de orfandad con respecto a la primera relación sexual en 1 214 adolescentes de 12 - 18 años. Los resultados mostraron que el estatus de orfandad fue un predictor significativo en cuanto la edad de la primera relación sexual en mujeres ($TR = 3.4\%$, $z = - 3.86$, $p < .001$) y hombres ($TR = 2.4\%$, $z = - 2.57$, $p < .05$).

Otro estudio, el cual tenía como objetivo evaluar la prevalencia de comportamiento de riesgo sexual y sus determinantes en 442 niños huérfanos y vulnerables, en instituciones de cuidado para este grupo poblacional, mostró que los adolescentes huérfanos dobles tenían más probabilidad de comportamiento de riesgo sexual, que comparado con sus contrapartes [$OR = 4.32$; 95% ($IC = 2.45 - 9.54$)] (Fite & Cherie., 2016).

Por otra parte, Pufall et al. (2017), realizaron un estudio en el cual tenían por objetivos describir los niveles y patrones de abuso de sustancia, y los comportamientos de riesgo sexual en adolescentes huérfanos de 15 a 19 años. Encontraron que cada forma de orfandad estuvo asociada con números más altos de parejas sexuales no regulares en los últimos 30 días, huérfano maternal [$AOR = 1.4$; 95% ($IC = .50 - 4.4$) $p < .05$], huérfano paternal

[$AOR = 1.9$; 95% ($IC = .01 - 3.7$) $p < .05$] y huérfano doble

[$AOR = 2.5$; 95% ($IC = 0.51 - 4.6$) $p < .05$].

Puffer et al. (2012), llevaron a cabo un estudio en el que examinaron el estatus de orfandad, problemas emocionales y riesgo del VIH en adolescentes de 10 - 18 años, en el cual encontraron que el estatus de orfandad moderó la relación entre el ingreso mensual y las creencias relacionadas al comportamiento de riesgo, específicamente la aceptación del comportamiento de riesgo ($R = .29$, $R^2 = .07$, $\Delta R^2 = .029$, $p < .00$).

Kamke et al. (2020), llevaron a cabo un estudio el cual tenía por objetivo explorar las fuentes de información sobre conducta sexual segura en adolescentes sin hogar en comparación con adolescentes con un hogar, en una muestra de 321 y 5 165 participantes respectivamente. Los principales hallazgos muestran que los adolescentes sin hogar tenían más probabilidad de ser sexualmente activos ($p < .001$). Además, los adolescentes sin hogar mostraron mayor probabilidad de involucrarse en comportamiento sexual de riesgo, comparado con el grupo de adolescentes con hogar ($p < .05$) y reportaron mayor número de parejas sexuales ($M = 2.73$ $p < .001$).

Por otra parte, Shoko et al. (2018), examinaron la relación entre el estado de orfandad, las condiciones de vivienda y el inicio de actividad sexual, con adolescentes de entre 15 - 17 años. En el que encontraron que no residir con el padre se asoció con un alto riesgo de inicio de actividad sexual, los adolescentes que vivían con la madre por muerte paterna ($HR = 1.85$, $SE = .18$, $p < 0.01$) o por abandono ($HR = 1.45$, $SE = .12$, $p < .01$) mostraron mayor riesgo de inicio de actividad sexual,

al igual que los adolescentes que no residen con ninguno de los padres

($HR = 1.6, SE = .151, p < .05$).

Síntesis de Estudios Relacionados

En lo que respecta a el tipo y tiempo de CCP, se observa que el estatus de orfandad es un predictor de la edad de la primera relación sexual. Además, se encontró que los adolescentes huérfanos dobles tienen mayor probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, mientras que los que tuvieron algún tipo de CCP, como ser huérfano de padre o abandono de padre, tuvieron más probabilidad de involucrarse en actividad sexual a temprana edad y mantener parejas sexuales irregulares o de riesgo. Finalmente se observa que el estado de CCP moderó las conductas sexuales de riesgo.

El tipo y tiempo de CCP, es un factor importante en la promoción de la conducta sexual segura, además, en la revisión de la literatura se demuestra que la carencia de padre, madre o ambos, ya sea por abandono, separación o muerte, afecta de manera distinta la conducta sexual del adolescente.

Eventos Potencialmente Traumáticos

En un estudio llevado a cabo por Gray et al. (2016), el cual tenía por objetivo evaluar la salud sexual (debut sexual, relaciones sexuales en el año anterior, uso de condón y percepción de uso de condón) en relación a lo EPT, con una muestra de 1 258 adolescentes con CCP, encontraron un aumento de la prevalencia de sexo reciente para aquellos que han experimentado cualquier evento potencialmente traumático [$PR = 1.39; 95\% (IC = .47 - 4.07)$].

Por otra parte, Negriff et al. (2015), llevaron a cabo un estudio en el cual examinaron si las experiencias de maltrato estuvieron asociadas con el

comportamiento sexual de riesgo y embarazo adolescente, con 251 participantes, los resultados mostraron que los adolescentes que sufrieron maltrato fueron más propensos de reportar tener sexo casual de una noche que el grupo de comparación [$OR = 2.26$; 95% ($IC = 1.54 - 4.07$) $p < .05$]. En cuanto al tipo de maltrato encontraron que haber sufrido negligencia se asoció con haber estado embarazada o haber embarazado a alguien [$OR = 8.18$; 95% ($IC = 1.12 - 59.65$) $p < .05$]; haber sufrido abuso físico y haber estado embarazada [$OR = 4.60$; 95%, ($IC = 0.96 - 21.97$) $p \leq .05$]. Los adolescentes en el grupo de negligencia presentan un doble de probabilidad de tener sexo casual de una noche que el grupo de comparación [$OR = 2.39$; 95% ($IC = 1.19 - 4.80$) $p < .05$]. En cuanto a los hombres masculinos se encontró un efecto significativo con abuso físico y sexo causal de una noche [$OR = 2.67$; 95% ($IC = 1.28$) $p < .05$]. Y finalmente un número mayor de maltrato estuvo relacionado con mayores probabilidades de estar o embarazado a alguien [$OR = 1.10$; 95% ($IC = 1.01 - 1.89$) $p < .05$].

Puffer et al. (2012), llevaron a cabo un estudio en el que examinaron el estatus de orfandad, salud mental, apoyo social y riesgo del VIH en adolescentes de 10 - 18 años, en el cual muestra una asociación entre el estatus de orfandad y la salud mental, específicamente problemas emocionales [$F_{(2\ 320)} = 7.12$; $n^2 = .04$, $p < .01$] síntomas de depresión [$F_{(2\ 320)} = 7.98$; $n^2 = .05$, $p < .01$], exposición a eventos traumáticos [$F_{(2\ 320)} = 3.32$; $n^2 = .02$, $p < .01$] y síntomas de síndrome de estrés postraumático [$F_{(2\ 320)} = 7.80$; $n^2 = .05$, $p < .01$].

Síntesis de Estudios Relacionados

Finalmente, en lo que respecta a las variables demográficas, específicamente la exposición a EPT, se observan eventos relacionados con la negligencia en el cuidado, abuso o maltrato físico. Además, los adolescentes con CCP que han experimentado algún tipo de maltrato, abuso o negligencia en el cuidado se relacionó con mayor probabilidad de embarazo o haber embarazado a alguien y mantener relaciones sexuales casuales. Además de problemas de salud mental específicamente emocionales como depresión o síntomas de síndrome de estrés postraumático.

Cabe mencionar que la literatura describe la probabilidad de que los adolescentes con algún tipo de CCP hayan sufrido alguna historia de maltrato o negligencia, debido a sus condiciones de vulnerabilidad.

Factores Modificadores de la Conducta Sexual Segura: Factores Psicológicos

Resiliencia Psicológica

En un estudio realizado por Goodman et al. (2016), evaluaron el comportamiento sexual en adolescentes huérfanos y niños vulnerables, en 1 060 participantes, encontraron que los activos de la salud mental (resiliencia psicológica) estuvieron asociados con inicio de actividad sexual entre mujeres. La disminución en el puntaje de resiliencia en un punto, se asoció con el aumento en la probabilidad de iniciar actividad sexual a temprana edad [$OR = 1.02$; 95% ($IC = 1 - 1.04$) $p < .05$]. Además, reportaron que las mujeres con mayor resiliencia psicológica mostraron menor probabilidad e involucrarse con parejas sexuales que no confiaban [$OR = 0.36$; 95% ($IC = .23 - .53$)], en cuanto al sexo masculino se reportaron resultados similares [$OR = .48$; 95% ($IC = .28 - .83$) $p < .05$].

Oppong y Meyer (2015), realizaron un estudio cuyo propósito fue examinar la asociación entre comportamientos de riesgo a la salud, entre ellos riesgo sexual y resiliencia percibida como factor protector en una muestra de 227 adolescentes que viven en las calles, en los que encontraron que la percepción altos niveles de resiliencia fue un factor protector para múltiples parejas sexuales ($\beta = - .32$; $t = - 3.71$; $p < .001$).

Otro estudio realizado por Phillips et al. (2019), en el que estudiaron marcadores de resiliencia se asocia con evitar conducta de riesgo en adolescentes de 11 a 15 años, en una muestra de 22 643, encontraron que los adolescentes que reportaron menores puntajes de resiliencia eran 1.98 veces más propensos de mantener relaciones sexuales a temprana edad [$RR = 1.10$; 95% ($IC = 0.98 - 1.23$)].

Por otra parte, Rew et al. (2017) realizó una intervención con 80 adolescentes femeninas sin hogar para mejorar resiliencia y reducir comportamientos de riesgo, las participantes de la intervención tuvieron mayor resiliencia ($F = 4.756$ $p < .05$), además aumentaron la autoeficacia de conducta sexual segura ($F = 3.570$ $p < .05$).

Síntesis de Estudios Relacionados

La resiliencia psicológica se encuentra como un factor protector para conducta sexual segura, además, mayores niveles de percepción en resiliencia psicológica se asociaron con menor probabilidad de iniciar actividad sexual a temprana edad, tanto en hombres como en mujeres. Por otra, menores puntuaciones de resiliencia psicológica asociaron con mantener múltiples parejas sexuales o parejas sexuales de riesgo.

El desarrollo de la resiliencia psicológica en adolescentes con CCP, que frecuentemente sufren historias de maltrato o negligencia en el cuidado, resulta ser

factor protector para la conducta sexual. La revisión de la literatura muestra que la resiliencia psicológica es un componente de intervenciones dirigidas a grupos poblacionales similares, en los que han reportado un aumento significativo.

Factores Modificadores de la Conducta Sexual Segura: Factores Estructurales

Calidad de la Relación con el Referente Familiar

En un estudio donde el objetivo era evaluar la conducta sexual de adolescentes con CCP, encontraron diferencias en cuando a la presencia de referentes familiares, específicamente el padre, se asoció con menor probabilidad de inicio de actividad sexual en adolescentes hombres [$OR = .31$; 95% ($IC = .13 - .74$)], así como múltiples parejas sexuales [$OR = .33$; 95% ($IC = .13 - .83$)] y sexo sin protección [$OR = .3$; 95% ($IC = .13 - .75$)] en el último año (Goodman, et al., 2016).

Por otra parte, un estudio que llevo a cabo Juma et al. (2013), en el cual determinaron si el estatus de orfandad es un factor que determina el comportamiento sexual, en una muestra de 546 adolescentes huérfanos, encontraron que los adolescentes que perciben que sus cuidadores tienen la habilidad de satisfacer las necesidades básicas fue menos probable que se involucraran en relaciones sexuales [$OR = .93$; 95% ($IC = .88 - .97$)]. Además, el uso de condón en la última relación sexual fue más probable en adolescentes que discuten aspectos de sexualidad con sus cuidadores [$OR = 1.52$; 95% ($IC = 1.14 - 2.02$)].

En un estudio realizado por Emblenton et al. (2017) con 1 365 adolescentes en condición de orfandad, el cual tenía por objetivo determinar el comportamiento sexual de riesgo, diferenciado por el cuidado recibido, tanto institucionalizado o basado en la familia, encontraron que al ajustar el modelo por “el cuidador sabe que hago en mi tiempo libre” se encontró menor probabilidad de que el adolescente

mantuviera relaciones sexuales a cambio de un bien o servicio [AOR = .32; 95% (IC = .19 - .55)] o mantuviera sexo forzado [AOR = .35; 95% (IC = .21 - .58)].

Puffer et al. (2012), llevaron a cabo un estudio en el que examinaron el estatus de orfandad, salud mental, apoyo social y riesgo del VIH en adolescentes de 10-18 años, los resultados principales demuestran que los adolescentes huérfanos reportaron menos acceso al apoyo social [$F_{(2\ 319)} = 12.13\ p < .01$] y específicamente del cuidador [$F_{(2\ 319)} = 3.67\ p < .0$]. Además de mayores barreras de comunicación con los cuidadores sobre sexo y VIH [$F_{(1\ 145)} = 8.97\ p < .01$]. El estado de orfandad moderó la relación entre las barreras de comunicación y la autoeficacia ($R^2 = .14\ p < .05$).

Otro estudio realizado por Thurman et al. (2020), en el que exploraron la ruta para incrementar la frecuencia de comunicación entre cuidador-adolescente sobre salud sexual, encontraron una correlación positiva entre los cambios de salud mental del cuidador y el adolescente ($\beta = .391, SE = .08, p < .01$), además, se encontró que mejor salud mental del adolescente se asocia con un mejor sentido de conexión con el cuidador ($\beta = -11.44, SE = 2.23, p < .01$) y la conexión con el cuidador fue correlacionada positivamente con mejor comunicación sobre temas de sexualidad ($\beta = .169, SE = .05, p < .01$).

Un estudio llevado a cabo por Eversole et al. (2017), el cual tenía por objetivo examinar la relación existente entre adolescentes latinos, la fuente de información sexual y su intención de usar el preservativo con una muestra de 1 909 participantes del 10 grado, encontraron que los adolescentes que reportaron a sus padres como principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva y quienes tuvieran

cualquier nivel de educación universitaria, mostraron mayor intención de uso de condón [$OR = 1.49$; 95% ($IC = .99 - 2.25$) $p \leq .05$], mientras que los adolescentes que reportaron a los amigos como su principal fuente de información mostraron menores probabilidades de intención de uso de condón, [$OR = .63$; 95% ($IC = .42 - .95$) $p < .05$].

Síntesis de Estudios Relacionados

Se puede concluir que, la presencia de un cuidador principal, así como la calidad de la relación que se mantenga con este, se asocia con menos probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Además, la presencia de cuidadores masculinos se asoció con una disminución de inicio de actividad sexual, el uso del preservativo, evitar involucrarse en relaciones sexuales y mayor comunicación sobre temas de sexualidad.

Cabe destacar que la revisión de la literatura muestra que los cuidadores que discuten temas de sexualidad tuvieron menor probabilidad de mantener relaciones sexuales sin el uso del condón.

Por otra parte, es importante resaltar que los adolescentes con CCP, reportaron menor apoyo social, menor apoyo del cuidador principal y mayores barreras de comunicación con el cuidado sobre temas de sexualidad.

Así mismo, la presencia de cuidador principal resultó ser un factor protector, sin embargo, se observa también que es importante la calidad de la relación, la comunicación, el nivel de estudios y el estado de salud mental de este.

Calidad del Cuidado Estructural

Al respecto Huynh, et al. (2020), realizaron un estudio longitudinal de cohorte, el cual tenía por objetivo examinar el bienestar psicosocial (dificultades

emocionales y de comportamiento) de los adolescentes huérfanos y separados en países de ingresos medios y bajos. En una muestra de niños y adolescentes de 6 a 12 años, de los cuales 1 357 recibían cuidado residencial y 1 480 cuidado basado en la familia. Los resultados sugieren que niveles más altos de los componentes de la calidad del cuidado incluyendo seguridad alimentaria ($R^2 = .134$), calidad de la vivienda ($R^2 = .10$), acceso a los servicios de salud ($R^2 = .073$) y tener un cuidador ($R^2 = .89$) predicen mejor el bienestar psicosocial.

Otro estudio realizado por Hartmann et al. (2021) en una población similar, el cual tenía por objetivo estimar los factores asociados con el comportamiento de riesgo sexual, en una muestra de 231 adolescentes que viven en las calles de 10 a 21 años de edad, encontraron que los años viviendo en la calle [$OR = 1.40$; 95% ($IC = 1.11 - 1.76$)], horas que pasan en la calle 8- 14 horas [$OR = 1.63$; 95% ($IC = 1.19 - 2.24$)], y más de 15 horas [$OR = 1.44$; 95% ($IC = 1.03 - 2.01$)] se asociaron con conducta de riesgo, específicamente sexo sin protección.

Kamke et al. (2020), llevaron a cabo un estudio el cual tenía por objetivo explorar las fuentes de información sobre conducta sexual segura en adolescentes sin hogar, en una muestra de 321 participantes. Encontraron que los adolescentes que se comunicaban con su proveedor de servicios de salud [$AOR = 16.43$; 95% ($IC = 3.38 - 80$) $p < .001$] o un profesor [$AOR = 72.84$; 95% ($IC = 7.40 - 716.50$) $p < .001$.], se asoció con mayor probabilidad de usar condón en la última relación sexual. Con respecto a la prueba del VIH, los adolescentes sin hogar que se comunicaban con su líder religioso, se asoció con mayor probabilidad de haberla realizado

[$AOR = 16.78$; 95% ($IC = 3.46 - 81.53$) $p < .001$], mientras que aquellos que reportaron a sus pares como su fuente de información primaria fueron menos propensos a haberse practicado la prueba

[$AOR = .02$; 95% ($IC = .001 - .23 -80$) $p < .01$].

Otro estudio realizado por Cluver et al. (2011), cuyo objetivo fue identificar los mediadores de riesgo de riesgo del VIH en adolescentes y los efectos moderadores de la protección social, en un estudio prospectivo observacional en 3,401 adolescentes vulnerables, encontraron que la deficiencia de los conductores estructurales (seguridad alimentaria y vivienda) predicen significativamente el riesgo del VIH ($\beta = .06$, $SE = .01$; $p < .001$).

Orihuela et al. (2020), llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que evaluaron el efecto del lugar de residencia, específicamente las características de la colonia, la función familiar y el comportamiento sexual de riesgo, con una muestra de 4 179 adolescentes y sus cuidadores principales. Los resultados principales destacaron que el género moderó la relación entre pobreza comportamiento de riesgo sexual. Para hombres mayor pobreza estuvo asociado con debut sexual a temprana edad ($\beta = -.42$, $SE = .01$, $p \leq .05$), además de mayor número de parejas sexuales ($\beta = .69$, $SE = .28$, $p < .05$). Por otra parte, también reportaron que mayor decadencia residencial predice debut sexual a temprana edad para varones ($\beta = -.20$, $SE = .05$, $p < .01$).

Emblenton et al. (2017), realizaron un estudio que tenía por objetivo evaluar si el comportamiento sexual de riesgo difiere del cuidado basado en la familia y el cuidado institucionalizado, en una muestra de 1 364 adolescentes mayores de 10 años. De los cuales 712 se encontraban institucionalizados y 653 recibía cuidado

basado en la familia. Encontraron que los adolescentes institucionalizados tuvieron doble probabilidad de mantener relaciones sexuales con más de una pareja voluntariamente [$OR = 1.97$; 95% ($IC = 1.07 - 3.62$)].

Síntesis de Estudios Relacionados

Al respecto de la calidad del cuidado estructural, se puede concluir que, a mayor seguridad alimentaria, calidad de la vivienda, acceso a los servicios de salud y tener un cuidador predice mejor el bienestar psicosocial. Por el contrario, vivir en la calle, o pasar tiempo en la calle o pobreza se asocia con conductas de riesgo, específicamente sexo sin protección e inicio de vida sexual a temprana edad. Así mismo, vivir en una institución se asocia con más probabilidad de mantener relaciones sexuales. Por otra parte, comunicarse con el proveedor de salud se asoció con mayor probabilidad de usar condón en la última relación sexual. De acuerdo con la literatura revisada, se puede concluir que los componentes de la calidad del cuidado como lo son la seguridad alimentaria, la vivienda, el acceso a los servicios de salud y tener un cuidador se asocian con la reducción de conductas sexuales de riesgo, como el uso del preservativo y el debut sexual a temprana edad.

Conocimiento para la Conducta Sexual Segura

Fite y Cherie (2016), llevaron a cabo un estudio en el que buscaban evaluar el comportamiento de riesgo sexual en adolescentes huérfanos y vulnerables, en una muestra de 442 participantes, los principales resultados arrojan que los adolescentes que habían mantenido relaciones sexuales y poseían mayor nivel de conocimientos de HIV, eran menos propensos a involucrarse en comportamiento sexual de riesgo [$OR = .58$; 95% ($IC = .42 - .93$)].

Mkandawire et al. (2017), llevaron a cabo un estudio en el que examinaron el efecto del estado de orfandad con respecto a la primera relación sexual en 1 214 adolescentes de 12-18 años. Y las femeninas que tenían conocimiento que el preservativo previene HIV experimentaron debut sexual después ($TR = 6\%$, $z = 2.52$, $p < .05$)

En un estudio elaborado por Olaleye et al. (2020), el cual tenía por objetivo determinar los factores con respecto a la edad y el comportamiento sexual de riesgo, con una muestra de 1 505 adolescentes de entre 10 y 24 años, en el cual encontraron que el conocimiento de los anticonceptivos modernos redujo significativamente la probabilidad de uso inconsistente del condón, cuando se compara con no conocimiento [$AOR = .11$; 95% ($IC = .01 - .82$)]. Otros factores fueron estar empleado [$AOR = .38$; 95% ($IC = .15 - .95$)] e involucrarse en sexo transaccional [$AOR = .54$; 95% ($IC = .43 - .98$)] para uso inconsistente del condón. En cuanto a las adolescentes femeninas el conocimiento de anticoncepción moderna reduce la probabilidad para uso inconsistente del condón, cuando se compara con no tener dicha información [$AOR = .27$; 95% ($IC = .08 - .92$)], así como tener educación primaria reduce las probabilidades de tener múltiples parejas sexuales comparado con no educación [$AOR = .44$; 95% ($IC = .26 - .74$) $p < .01$].

Otro estudio elaborado por Morales et al. (2017), el cual tenía como objetivo evaluar la eficacia de una intervención en una muestra de adolescentes españoles con padres divorciados, participaron 76 adolescentes de 14 y 18 años, donde encontraron que las evaluaciones post test de quienes recibieron la intervención presentaron mayor nivel de conocimientos ($R = .46$ $p < .01$) y mayores actitudes favorables hacia aspectos relacionados con el VIH ($R = .23$ $p < .05$).

En un estudio realizado por Windman et al. (2018) en el cual se evaluó el efecto de una intervención en adolescentes, donde se valoraron conocimientos sobre VIH e ITS, en una muestra de 222 adolescentes, las cuales fueron aleatorizadas tanto para grupo control como grupo de intervención, se realizaron mediciones al post-test y a los cuatro meses de seguimiento, encontraron diferencias significativas en el grupo de intervención con respecto al conocimiento al post-test ($d = 0.60$ $p < .001$) y al seguimiento ($d = .56$ $p < .001$).

Síntesis de Estudios Relacionados

Se puede concluir, que el conocimiento con respecto a métodos anticonceptivos, conductas sexuales de riesgo y prevención del VIH, ITS y EA, se asocia con mayores actitudes favorables respecto a la conducta sexual segura y disminución de conductas de riesgo, por ejemplo, el uso del preservativo o uso inconsistente del condón y múltiples parejas sexuales.

Actitud hacia la Conducta Sexual Segura

En un estudio llevado a cabo por Morales et al. (2018), en el que uno de sus objetivos fue estudiar el efecto mediador de la actitud del uso de condón y la intención de uso de condón, en adolescentes colombianos (1 100) entre 14 a 19 años de edad, encontraron que una actitud favorable de uso de condón está asociados de manera favorable con la intención de uso de condón [$OR = 4.04$; 95% ($IC = 1.69 - 6.40$) $p < .01$].

Otro estudio realizado por Riley y McDermott (2018), donde estudiaron el efecto de la motivación autónoma del adolescente frente al comportamiento sexual de riesgo. El estudio fue realizado con una muestra de 249 adolescentes. Los resultados principales encontraron que se relacionaban negativamente la motivación

autónoma del adolescente con respecto al comportamiento sexual de riesgo. Es decir, a mayor motivación menor conducta sexual de riesgo ($\beta = -.31$, $SE = .025$, $p < .01$).

Ramírez, C. y Ramírez, S. (2018), realizaron un estudio en el cual tenía por objetivo validar un modelo de comportamiento de uso de condón tomando como base la Teoría de la Conducta Planeada en 151 participantes, los análisis arrojaron que la actitud, las normas subjetivas y el control de comportamiento percibido en conjunto explicaron el 43% de la varianza ($R^2 = .043$).

Síntesis de Estudios Relacionados

De acuerdo a la literatura revisada se puede concluir que la motivación ha sido una variable que se asoció de manera positiva con la conducta sexual saludable, es un predictor importante para la intención y la conducta sexual segura.

Específicamente a mayor motivación, mayor probabilidad de uso de preservativo.

Autoeficacia para la Conducta Sexual Segura

Goodman et al. (2016), llevo a cabo un estudio el cual tenía por objetivo evaluar el comportamiento sexual de riesgo (debut sexual, sexo sin protección entre los sexualmente activos y número de parejas sexuales) en el último año en adolescentes huérfanos y vulnerables. Con respecto a la autoeficacia reportan que las adolescentes femeninas con mayores niveles de autoeficacia se asociaron con una disminución en la probabilidad del debut sexual [$OR = .92$; 95% ($IC = .87 - .99$)], también se asoció en un 8% de disminución de probabilidad para múltiples parejas sexuales [$OR = .92$; 95% ($IC = .85 - .99$)].

Puffer et al. (2012), realizaron un estudio en el que evaluó el estatus de orfandad y autoeficacia sexual, con adolescentes de entre 10 y 18 años, en el que

encontró que los problemas emocionales y autoeficacia sexual estuvo moderado por el estatus de orfandad ($R = .176$, $R^2 = .16$, $\Delta R^2 = .015$, $p < .0$).

Thurman et al. (2016), llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado, el cual tenía por objetivo evaluar la efectividad de dos intervenciones, que se ofrecieron de manera independiente y en combinación en adolescentes huérfanos y vulnerables. Una de las intervenciones se centra en el cambio de conducta, específicamente en lo que respecta al conocimiento de la prevención del VIH y habilidades relacionadas a la conducta sexual. Participaron un total de 1,016 adolescentes de entre 14 y 17 años, los participantes fueron aleatorizados a las dos intervenciones y el grupo control. Los resultados demuestran que para los participantes que participaron en ambas intervenciones aumentaron sus habilidades para la conducta sexual ($\beta = 1.21$, $SE = .52$, $p < .05$) y ($\beta = 1.37$, $SE = .57$, $p < .05$) respectivamente.

Navarrete et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en el que determinaron la influencia de la autoeficacia para prevenir el VIH en las prácticas sexuales seguras en jóvenes de Chihuahua, México. El estudio fue de tipo trasversal y correlacional con una muestra de 115 jóvenes. Utilizaron escalas para evaluar las prácticas sexuales. Dentro de sus principales resultados muestran que la autoeficacia para prevenir el VIH influyó en las prácticas sexuales seguras, es decir que jóvenes con niveles más altos de autoeficacia tienen mayor posibilidad de llevar a cabo prácticas sexuales seguras.

En un estudio llevado a cabo por Widman et al. (2018), en el cual se evaluó la efectividad de una intervención para promover asertividad sexual y toma de decisiones en adolescentes, en una muestra de 222 participantes las cuales fueron randomizadas en grupo control o grupo de intervención. Se evaluó la asertividad

sexual y autoeficacia entre otras variables al post-test y seguimiento a los cuatro meses, los investigadores encontraron que las adolescentes en el grupo de intervención mostraron diferencias significativas con respecto a la autoeficacia comparada con el grupo control ($d = .43$ $p < .001$).

En un estudio realizado por Morales et al. (2019), en el cual su objetivo fue estudiar el efecto mediador de los precursores actitud, creencias normativas y percepción de control sobre el uso del condón, en 1 100 adolescentes, los resultados arrojaron que existe una relación directa y significativa entre estos. Con respecto a la percepción de control de uso de condón los resultados de análisis fueron [$OR = 5.12$; 95% ($IC = 2.79 - 7.46$) $p < .01$], es decir que, la capacidad de creer que puede usarse condón correctamente es asociado con la intención de uso de condón.

Un estudio realizado por Kamke et al. (2020), en el cual se evaluó la eficacia preliminar de un programa de intervención, en el cual se evaluaron variables como la comunicación, intención de uso de condón, actitudes de uso de condón, normas de uso de condón entre otras. El estudio se llevó a cabo con 47 participantes, y los resultados mostraron diferencias con respecto a ambos grupos, actitud de uso de condón [$t_{(46)} = - 5.25$, $p < .001$, $d = .77$], normas para el uso de condón [$t_{(46)} = - 3.06$, $p < .01$, $d = .044$] y autoeficacia [$t_{(46)} = - 4.95$, $p < .001$, $d = .71$].

Síntesis de Estudios Relacionados

La literatura revisada, permite concluir que la autoeficacia para la conducta sexual segura, se asocia positivamente con prácticas sexuales seguras, como la disminución del debut sexual a temprana edad, menor número de parejas sexuales y percepción de uso de condón.

Intención para la Conducta Sexual Segura

Un estudio realizado por Appiah et al. (2017) cuyo objetivo fue evaluar si las creencias, actitudes sobre el uso de condón y la intención de uso de condón influyen sobre el uso de condón con una muestra de adolescentes 1 453 adolescentes. Los principales resultados mostraron relaciones significativas entre el control conductual percibido, la intención de uso de condón y el uso de condón entre adolescentes femeninos y masculinos. Es decir que los adolescentes que muestran un mayor control percibido y tienen intención de utilizar el preservativo, lo utilizan con más frecuencia. Por el contrario, adolescentes que no muestran la intención de utilizar condón y mantienen creencias negativas sobre el uso de condón nunca usan el preservativo ($\beta = .13, SE = .28, p < .001$).

Otro estudio buscó examinar las intención de uso de condón en relación a la teoría del comportamiento planeado, entre ellos la actitud hacia el comportamiento y normas subjetivas, en una muestra de 929 adolescentes de escuelas secundarias, donde encontraron que los adolescentes que mantenían una actitud positiva hacia el uso del condón tenían intenciones más altas de su uso en la próxima relación sexual [$OR = 3.93; 95\% (IC = 2.58 - 5.98)$] y en cuanto a las normas subjetivas fueron también asociadas significativamente con mayor intención de uso de condón [$OR = 2.73; 95\% (IC = 1.81 - 4.13)$] (Cheng & Huang, 2018).

Por otra parte Teye, et al. (2017) llevaron a cabo un estudio para explicar la intención de uso de condón y uso de condón en adolescentes que asistente a la escuela secundaria con una muestra de 1 023 participantes. En el cual sus principales resultados mostraron que la relación entre actitudes sobre el uso de condón y la intención de uso de condón fue estadísticamente significativa ($\beta = .11, p < .05$).

Síntesis de Estudios Relacionados

De acuerdo a la literatura revisada en este apartado, se muestra que existe una relación entre la intención de la conducta sexual segura y la probabilidad de realizar la conducta propiamente. Es decir que, a mayor intención de uso de condón, mayor probabilidad de utilizarlo.

Conducta Sexual Segura.

Sieveing et al. (2017), evaluaron el comportamiento de riesgo sexual en 253 adolescentes escolares en riesgo y sexualmente activos de entre 13 y 17 años de edad. En el cual reportaron que los adolescentes reportaron mayor uso de condón después de ser intervenidos sobre sexualidad saludable, toma de decisiones y habilidades de contracepción [$ARR = 1.57$; 95% ($IC = 1.28 - 1.94$) $p < .05$], además de mayor consistencia en el uso de anticonceptivos hormonales [$ARR = 1.30$; 95% ($IC = 1.06 - 1.58$)] y anticoncepción dual [$ARR = 1.36$; 95% ($IC = 1.01 - 1.85$)].

En un estudio que llevaron a cabo Ramírez, C. y Ramírez, S. (2018), en el cual el propósito fue validar un modelo de comportamiento sobre el uso de condón en 151 participantes, utilizando como modelo referente la TPB, y encontraron que la relación más fuerte para explicar dicho modelo fue la intención de usar condón y el uso de condón ($R^2 = .57$) en aquellos que mantenían relaciones sexuales.

Otro estudio, realizado por Dancy et al. (2018), en el cual examinaron los predictores de abstinencia y uso de condón en la última intención sexual, en 510 adolescentes sexualmente activas de comunidades rurales con condiciones de pobreza, sus principales resultados demostraron que las adolescentes se abstuvieron de mantener relaciones sexuales, si tenían una actitud negativa hacia los

comportamientos sexuales de riesgo [$OR = .991$; 95% ($IC = .986 - .997$) $p < .01$], también encontraron que las adolescentes que tenían mayor percepción de eficacia para conducta sexual segura, mostraron mayor probabilidad para uso de condón en los últimos dos meses [$OR = .989$; 95% ($IC = .938 - .995$) $p < .01$].

Síntesis de Estudios Relacionados

Se puede concluir, que los adolescentes sexualmente activos que reportan mayor uso de condón, son aquellos que poseen habilidades de contracepción y mejores actitudes hacia la prevención de la conducta sexual de riesgo.

Estudios de Intervención en Grupos Poblacionales Similares

Goodman et al. (2016) realizaron una intervención, diseñada para grupos de trabajo en los que se integraban adolescentes con CCP y un mentor. Se les otorgaba capacitación para el emprendimiento, recibían una cantidad de dinero, además de entrenamiento en tópicos de salud e intercambio de historias personales sobre dificultades y éxitos. De manera general el programa mostró una asociación protectora para el debut sexual y el sexo sin protección en lo últimos seis meses ($\beta = .69$, $SE = .49$, $p < .05$).

Un programa realizado por Green et al. (2017), en adolescentes que residen en casas de cuidado, el objetivo de la intervención fue determinar si una intervención de apoyo escolar para adolescentes huérfanos tiene efectos en la salud mental, la cual consiste en tres componentes: becas escolares, provisión de uniformes y visitas domiciliarias, el efecto de la intervención no reduce los síntomas de depresión [$OR = - .28$; 95% ($IC = .45 .12$)], pero mantiene los niveles estables con el transcurso del tiempo.

Oman et al. (2018), llevaron a cabo una intervención dirigida a adolescentes vulnerables, en la cual determinaron si fue efectiva para aumentar el uso de pastillas anticonceptivas y reducir el embarazo adolescente en casas de cuidado. Los componentes de la intervención son pensamiento crítico, comunicación, negociación, toma de decisiones y habilidades para la conducta sexual. Dentro de sus principales resultados encontraron que la intervención muestra mayor probabilidad de utilizar la pastilla anticonceptiva [$AOR = .72$; 95% ($IC = .52 - .98$)] y al seguimiento de 12 meses tenían menor probabilidad de estar embarazada o haber embarazado a alguien [$AOR = .67$; 95% ($IC = .46 - .99$)].

Thurman et al. (2016), llevaron a cabo una intervención psicológica, sus componentes principales son relación a habilidades interpersonales como resolver el estrés, solución de problemas, apoyo escolar, facilitar la provisión de apoyo emocional entre miembros del grupo. La exposición a la intervención fue asociada con la disminución de comportamiento de riesgo sexual, los resultados variaron por sexo, para hombres reportaron menores parejas sexuales ($\beta = -.48$, $p \leq .05$) y mujeres uso consistente del condón ($\beta = 1.37$, $p < .05$).

Un estudio realizado por Rew et al. (2017), en mujeres jóvenes, en el cual evaluaron la factibilidad y la eficacia preliminar de una intervención para mujeres que viven en la calle, en el cual, sus principales componentes fueron el capital psicológico (resiliencia, esperanza, autoeficacia sexual, optimismo, plan de vida y comportamiento de riesgo sexual. Las participantes del grupo de intervención mostraron mayores niveles de resiliencia ($F = -4.756$ $p < .05$), aumentaron su capital psicosocial ($F = 7.739$ $p < .001$) y autoeficacia sexual ($F = .8$ $p < .05$).

Otro estudio realizado por Sieving et al. (2017), en el cual evaluaron una intervención otorgada a 253 adolescentes de 13 a 17 años, que se encontraban en vulnerabilidad, en una clínica de atención primaria. La cual presentaba componentes como relaciones saludables, comportamiento sexual responsable, escolaridad, influencias sociales, toma de decisiones y habilidades para la contracepción. Encontraron que los adolescentes de la intervención reportaron mayor uso de condón [ARR = 1.57; 95% (IC = 1.28 - 1.94) $p < .05$].

Por otra parte, Oberth et al. (2021), llevaron a cabo una intervención en la que evaluaron su efectividad, la cual tenía por objetivo mejorar las actitudes hacia la prueba, asistencia a la escuela e información sobre planificación familiar, en adolescentes vulnerables. Encontraron que las participantes que completaron el programa redujeron su probabilidad de un embarazo adolescente [OR = .38; 95% (IC = .24 - .72)].

Jennings et al. (2016), llevaron a cabo una intervención para examinar el efecto del empoderamiento económico sobre las actitudes de prevención del VIH, en 346 adolescentes huérfanos. Encontraron que los adolescentes del grupo de intervención tuvieron mayor puntuación en la escala de prevención del VIH sobre el tiempo [OR = 2.017; 95% (IC = 1.43 - 2.84)].

Síntesis de Estudios Relacionados

De acuerdo a la literatura revisada, se puede concluir que las intervenciones dirigidas a grupos poblacionales iguales o similares incluyen componentes sobre emprendimiento, conocimiento sobre prevención del VIH, conductas sexuales saludables y de riesgo, habilidades y autoeficacia para la conducta sexual segura (uso

de condón, negociación y comunicación sexual, pensamiento crítico, toma de decisiones), resiliencia psicológica y actitud hacia la conducta sexual segura.

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Analizar el efecto de una intervención para promover la conducta sexual segura dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental en el noroeste de México.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar una intervención para promover la conducta sexual segura dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental en el noroeste de México.
2. Explorar la factibilidad de la intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental.
3. Evaluar la aceptabilidad de la intervención para promover la conducta sexual en adolescentes con carencia de cuidado parental.

Hipótesis

H₁. Los adolescentes con carencia de cuidado parental que participen en la intervención reportan mayor resiliencia psicológica con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

H₂. Los adolescentes con carencia de cuidado parental que participen en la intervención reportan mayor conocimiento para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

H₃. Los adolescentes con carencia de cuidado parental que participen en la intervención reportan mayor actitud hacia la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

H₄. Los adolescentes con carencia de cuidado parental que participen en la intervención reportan mayor autoeficacia para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

H₅. Los adolescentes con carencia de cuidado parental que participen en la intervención reportan mayor intención para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

H₆. Los adolescentes con carencia de cuidado parental con vida sexual activa que participen en la intervención reportan mayor conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.

Definición de Términos

Factibilidad: Posibilidad de realizar un estudio randomizado y controlado que examine la efectividad de la intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con CCP. Se consideraron dos aspectos, el primero fue la viabilidad de implementar el programa en los entornos escolares y el segundo la viabilidad de la metodología del estudio.

Para evaluar la viabilidad de la implementación de la intervención en los entornos escolares, se tomaron en cuenta el acceso a la población, los facilitadores, las barreras de la implementación y la fidelidad de la intervención.

Acceso a la población: Se define como el proceso por el cual se identificaron y se aproximó a los posibles participantes.

Reclutamiento de los participantes: Es el proceso por el cual se realizó la invitación a participar en el estudio.

Facilitadores de la implementación: Factores que promueven la implementación o adherencia de la fidelidad de la intervención.

Barreras de la implementación: Factores que impiden la implementación o adherencia de la fidelidad de la intervención.

En cuanto a la evaluación de la viabilidad de la metodología del estudio, se consideró las tasas de participación, asistencia, motivos de deserción y tasa de deserción, a continuación, se describa las definiciones de cada uno.

Tasas de participación: Porcentaje de participantes que iniciaron y completaron el estudio.

Asistencia: Porcentaje de participantes que asistieron a cada sesión de intervención.

Motivos de deserción: Razones por las cuales los participantes del estudio abandonaron el estudio.

Deserción: Porcentaje de participantes reclutados y que fueron perdidos en el seguimiento.

Aceptabilidad: Grado en que las participantes que reciben la intervención la consideran adecuada. Esta variable fue evaluada a través de un cuestionario diseñado por el investigador principal, en el cual se consideraron, la organización del tiempo y actividades, contenidos, el interés de la intervención para otros adolescentes, el beneficio de la intervención para los adolescentes y la resolución de dudas por parte del instructor.

Características Demográficas: Son las características individuales como edad, sexo, tipo y tiempo de CCP y la exposición a EPT, las cuales fueron registradas en la cédula de datos personales. A continuación, se describen las definiciones para cada uno.

Edad: son los años cumplidos hasta la fecha, en el que se levantaron los datos.

Sexo: es el género que se reporta por los participantes, puede ser masculino y femenino.

Tipo de Carencia de Cuidado Parental: la cual se considera como huérfano doble, cuando ambos padres han fallecido, huérfano madre o padre cuando alguno ha fallecido; abandonado, cuando alguno de los progenitores dejó el cuidado de su hijo(a) a un cuidador principal; y separado, cuando interviene el gobierno a través de leyes para retirar la custodia de su hijo (a) y dejarlo al cuidado de un referente familiar.

Tiempo de Carencia de Cuidado Parental: El tiempo en años que ha transcurrido desde la carencia de cuidado parental.

Eventos Potencialmente Traumáticos: son la exposición del adolescente a situaciones de violencia física, psicológica, sexual, abandono y negligencia.

Resiliencia Psicológica: Es la capacidad del adolescente para adaptarse de manera positiva a condiciones de adversidad. El cual fue evaluado a través de la Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14) (Sánchez, 2015).

Calidad de la Relación con el Referente Familiar: El cual se define como la percepción de apoyo disponible brindado por el referente familiar. La cual fue

evaluada a través del Inventario de Relaciones de Calidad (QRI) versión en español (Yearwood et al., 2018).

Calidad del Cuidado Estructural: Se define como los recursos con lo que cuenta la institución para satisfacer las necesidades básicas como alimentación, vivienda, cuidado de un adulto, educación y acceso a los servicios de salud, la cual fue identificado a través de la cédula de datos.

Conocimiento para la Conducta Sexual Segura: Es la información sobre la conducta sexual segura que posee el adolescente, además de hechos específicos de la promoción a la salud para prevenir VIH, ITS y EA. El cual fue evaluado a través de la Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, utilizando la dimensión de conocimientos (Vargas, 2007).

Actitud hacia la Conducta Sexual Segura: Es la creencia del adolescente sobre la conducta sexual segura y las medidas de prevención del VIH e ITS. Fue evaluado a través de la Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, utilizando la dimensión de actitud (Vargas, 2007).

Autoeficacia para la Conducta Sexual Segura: Es la percepción del adolescente sobre su capacidad de mantener prácticas sexuales seguras aun cuando se enfrenta a situaciones difíciles. La cual fue medida a través de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes (López & Moral, 2001).

Intención para la Conducta Sexual Segura: Es la voluntad del adolescente para mantener conductas sexuales seguras, como el uso de condón en una posible relación sexual o la abstención de una relación sexual cuando no se cuenta con preservativo. Se evaluó a través de la Escala de Intención Conductual (Morales et al., 2016).

Conducta Sexual Segura: La práctica sexual de manera segura en la última relación sexual, las cuales incluyen el uso de preservativo, no mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas y negociación del preservativo cuando tiene relaciones sexuales. El cuál se midió a través del Cuestionario de Conducta Sexual Segura (SSBQ) en su versión en español (Hernández et al., 2020).

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el proceso metodológico de la investigación, en esta sección se describe la población, muestreo, muestra, criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se detallan los instrumentos de medición, el procedimiento del estudio, la descripción de la intervención, consideraciones éticas del estudio y el plan de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El estudio fue de tipo cuasi-experimental de mediciones repetidas en dos grupos al pre-test, post-test y seguimiento con la finalidad de evaluar la intervención para la conducta sexual segura en adolescentes con CCP. Para el desarrollo de la intervención, se llevó a cabo un estudio anidado con enfoque cualitativo, el cual se explica posteriormente (Grove et al., 2013).

Esquema de diseño cuasi-experimental

Grupo Intervención	O ₁	X	O ₂	O ₃
Grupo Comparación	O ₁		O ₂	O ₃

Nota: O = Medición, X = Intervención

Población, Muestra y Muestreo

La población se integró por adolescentes con CCP, inscritos en escuelas de nivel medio superior, de 15 a 18 años de edad, en la Ciudad de Chihuahua. Para el cálculo de la muestra se consideró tamaño de efecto de .07, potencia de 80 y una tasa

de deserción del 20%, obteniendo 40 adolescentes por grupo. El muestreo se realizó por conveniencia dentro de los entornos escolares (Grove et al., 2013).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en la intervención, los adolescentes que cumplieron con los siguientes criterios: a) tener entre 15 a 18 años, b) tener algún tipo de carencia de cuidado parental c) estar inscritos en la escuela.

Para la primera fase, que consiste en el diseño de la intervención, se incluyeron en las entrevistas semiestructuradas a los cuidadores principales y referentes familiares.

Los cuidadores principales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) tener al menos un año de experiencia al cuidado de los adolescentes b) que la actividad principal involucre el contacto con los adolescentes.

Los referentes familiares cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) compartir fines de semana y periodos vacacionales con los adolescentes en el mismo hogar.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para los adolescentes fueron: a) haber sufrido abuso sexual, b) haber participado en alguna intervención de educación sexual y c) haber participado en un proceso de investigación similar y d) cumplir con al menos el 90% de asistencia a las sesiones.

Para los cuidadores principales y referentes familiares fueron: a) no convivir o trabajar con los adolescentes, b) haber participado en un proceso de investigación similar.

Criterios de Eliminación

Para los adolescentes, cuidadores principales y referentes familiares fueron:

- a) no completar la participación en tiempo y forma durante la recolección de los datos.

Instrumentos

Cédula de datos personales.

Es un cuestionario diseñado por la investigadora principal para la medición de las características demográficas de los adolescentes con CCP, el cual incluye la edad, escolaridad, tipo y tiempo transcurrido de CCP, experiencia de eventos potencialmente traumáticos, actividad sexual previa, uso previo de condón y los componentes de la calidad del cuidado estructural (Apéndice A).

Factibilidad.

La factibilidad del estudio fue medida a través de una matriz de inscripción, asistencia y seguimiento de los participantes, los ítems incluyeron fecha de reclutamiento, cumplimiento de las sesiones y retiro del estudio, diseñado por la investigadora principal (Apéndice B) (Sidani & Braden, 2011).

Aceptabilidad.

Se evaluó a través de un cuestionario auto-administrado en el que se considera el grado en el que la consideran adecuada en cuanto a tiempo, contenido, organización y satisfacción con el facilitador (Sidani & Braden, 2011) (Apéndice C).

Los componentes de la intervención fueron medidos a través de los instrumentos que se describen posteriormente. Se consideró como resultado principal la conducta sexual segura para adolescentes que han iniciado actividad sexual y la intención para la conducta sexual segura para adolescentes que no han iniciado

actividad sexual; como resultados secundarios la resiliencia psicológica, conocimientos sobre conducta sexual segura, actitud hacia la conducta sexual segura y autoeficacia para la conducta sexual segura.

Resiliencia Psicológica.

La cual fue evaluada a través del Escala de Resiliencia (ER-14) (Sánchez, 2015). Esta mide el grado de resiliencia individual, considerándola como una característica de personalidad que permita la adaptación ante situaciones difíciles o adversas. Está compuesta por dos factores, la competencia personal (11 ítems) y la adaptación de uno mismo y de la vida (3 ítems). El rango de puntuación está comprendido entre 24 y 98 puntos. El tipo de respuesta es una escala tipo Likert de 7 puntos que van desde 1=totalmente en desacuerdo hasta 7=totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es “me siento orgulloso de las cosas que he logrado” y “la seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles”. La puntuación media (71) corresponde a un alto nivel de resiliencia, la escala indica que, a mayor puntaje, mayor resiliencia psicológica. Por último, la escala ha obtenido una adecuada consistencia interna ($\alpha = .79$) (Apéndice D).

Calidad de la Relación con el Referente Familiar.

Se evaluó a través del Inventario de Relaciones de Calidad (QRI), en su versión en español. Se utiliza para describir las relaciones personales que se mantienen con personas importantes. Consta de una estructura de tres factores apoyo (7 ítems), profundidad (6 ítems) y conflicto (12 ítems) y veinticinco ítems. El tipo de respuesta utiliza una escala Likert de cuatro puntos, que va de 1 = nada hasta, 4 = mucho un ejemplo de reactivo “¿en qué medida podrías acudir a esta persona para pedirle consejo sobre tus problemas?” y “¿qué tanto extrañarías a esta persona si no

se pudiera ver o hablar por un mes?”. Para este estudio se utilizarán las dimensiones de apoyo y profundidad (13 ítems). La escala indica que, a mayor puntuación, mejore relación de calidad. Ha mostrado una consistencia interna adecuada con un $\alpha = .73$ por escala (Yearwood et al., 2018) (Apéndice E).

Conocimientos para la Salud Sexual y Reproductiva.

Fue medido a través de la Sub Escala de Conocimiento de Salud Sexual, Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso de Condón de la Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva. Esta escala está integrada por cuatro dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA/ITS, uso de condón) y cada dimensión en tres categorías (conocimientos, actitudes y prácticas). La dimensión de conocimiento tiene como objetivo identificar conocimientos en la salud sexual y reproductiva en los jóvenes. Ha sido utilizada previamente en población adolescente. La escala consiste en 68 ítems con opción de respuesta son cierto, falso y no sé. Unos ejemplos de los ítems son “la salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen”, “la salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno”, “el VIH, se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual” y “Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales” A mayor puntaje, menor es el conocimiento. La escala ha mostrado confiabilidad aceptable para cada dimensión, salud sexual $\alpha = .81$, salud reproductiva, $\alpha = .81$, VIH/SIDA/ITS $\alpha = .85$ y uso de condón $\alpha = .77$. La escala indica que, a menor puntaje, mayor conocimiento, ha mostrado un Alfa de Cronbach global de .92 (Vargas, 2007) (Apéndice F).

Actitud hacia la Conducta Sexual Segura.

Fue medido a través de la Sub Escala de Actitud de Salud Sexual, Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso de Condón de la Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva. Esta escala está integrada por cuatro dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA/ITS, uso de condón) y cada dimensión en tres categorías (conocimientos, actitudes y prácticas). La dimensión de actitud tiene como objetivo evaluar las creencias, sentimientos e inclinaciones de la persona acerca de la salud sexual y reproductiva en jóvenes. Ha sido previamente utilizada en población adolescente. La escala consiste en 41 ítems con opción de respuesta cierto, falso y no sé. Algunos ejemplos de ítems son “tengo derecho a decidir en qué momento tener hijos”, “si hay amor de por medio no es necesario usar el condón” y “me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso condón”. A mayor puntaje menor actitud hacia la conducta sexual segura. La escala ha mostrado confiabilidad aceptable para cada dimensión, salud sexual $\alpha = .81$, salud reproductiva, $\alpha = .81$, VIH/SIDA/ITS $\alpha = .85$ y uso de condón $\alpha = .77$. La escala indica que, a menor puntaje, mayor conocimiento, ha mostrado un $\alpha = .92$ (Vargas, 2007) (Apéndice G).

Autoeficacia para la Conducta Sexual Segura.

Se utilizó la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes (SEA-27), se divide en cuatro subescalas: capacidad para decir no a las relaciones sexuales, capacidad para cuestionar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y conductas sexuales de riesgo, capacidad percibida para el uso adecuado del preservativo y capacidad para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio y monogamia. Contiene 27 reactivos con escala de respuesta tipo Likert que van desde

1= nada seguro a 5= totalmente seguro. Los ejemplos de reactivos son “¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a que te presiona a tener relaciones sexuales?” y “¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? La escala indica que, a mayor puntaje, mayor autoeficacia para la conducta sexual segura, ha mostrado $\alpha = .89$ (López & Moral., 2001) (Apéndice H).

Intención para la Conducta Sexual Segura.

Se evaluó a través de la Escala de Intención Conductual (Morales et al., 2016). El cual se conforma por cinco ítems que evalúan la intención de involucrarse en una relación sexual en los próximos 12 meses. Las respuestas utilizan una escala tipo Likert que van de 1 = definitivamente no hasta 5= definitivamente. Consiste en cinco ítems, un ejemplo de reactivo es “En los próximo 12 meses ¿Con que probabilidad buscaré condones por sí los necesito?”. La escala consiste en dos factores, uso de condón con una confiabilidad mostrada en otros estudios de .80 y uso de condón bajo efectos de alguna droga o alcohol con un $\alpha = .75$, siendo en ambos casos aceptable, la escala indica que, a mayor puntaje, mayor intención de conducta sexual segura (Apéndice I).

Conducta Sexual Segura.

Se valoró a través del Cuestionario de Conducta Sexual Segura (SSBQ) en su versión en español, el cual está formado por 23 ítems dirigidos a evaluar las prácticas que reducen el riesgo de exposición a ITS. Las respuestas utilizan una escala tipo Likert de 4 puntos, que van desde 1= nunca a 4= siempre, los valores más altos indican una mayor frecuencia de prácticas sexuales seguras. Un ejemplo de ítem es “insisto en el consumo de condón cuando tengo relaciones sexuales” y “me abstengo

de tener relaciones sexuales cuando no conozco el historial sexual de mi pareja”.

Este instrumento fue adaptado y validado al español del cuestionario original de sexo seguro de Dilorio et al. (1997). Fue utilizado en adolescentes latinos y mostró consistencia interna adecuada ($\alpha = .79$) explicando en un 60% la varianza total. El resultado del test-retest fue de .75 (IC = .617 a .850; 95%), la escala indica que, a mayor puntaje, mayor conducta sexual segura (Hernández et al., 2020) (Apéndice J).

Procedimiento del Estudio

Se solicitó la autorización por parte de los Comités de ética en investigación y de investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, para proceder con la recolecta de datos.

Para el diseño del currículo de la intervención para promover la conducta sexual segura dirigido a adolescentes con CCP, consistió en tres fases, en la primera el investigador realizó entrevistas semi-estructuradas a informantes clave como adolescentes (Apéndice K), cuidadores principales y directores de instituciones de cuidado para este grupo poblacional (Apéndice L) para identificar la percepción de educación sexual en adolescentes CCP, hasta llegar a la saturación de los datos. La guía de entrevista se diseñó a través de una revisión previa de literatura de estudios o intervenciones en poblaciones similares, se identificó y analizó las variables de interés para este grupo poblacional. Posteriormente se propuso una guía temática y las preguntas guía. La guía de entrevista se sometió a revisión por expertos en el diseño de entrevistas semi-estructuradas y expertos en población adolescente. Para realizar las entrevistas se otorgó el consentimiento informado, en el caso de cuidadores principales y directores de instituciones de cuidado (Apéndice M) y

asentimiento para los adolescentes (Apéndice N) con previa autorización de los referentes familiares (Apéndice O).

Para realizar las entrevistas de manera presencial se llevaron a cabo los protocolos de seguridad para prevención de Covid-19, los cuales incluyeron desinfección de manos y uso de cubre boca en todo momento.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, estas fueron editadas a través del programa Adobe Audition versión 14.4 para mejorar la calidad del audio, posteriormente fueron transcritas mediante la reproducción lenta para disminuir el error de transcripción. Para su análisis se utilizó el programa MaxQda versión 11.1 para su codificación de forma abierta como máximo nivel de análisis línea por línea, realizando lectura y relectura minuciosa y escrupulosa, hasta lograr una saturación de códigos emergentes para evitar la pérdida de datos significativos. Una vez hecho el análisis de los datos cualitativos, se elaboró el mapeo de la intervención.

La segunda fase, consistió la elaboración del borrador del currículo de la intervención, la descripción de sus componentes principales, actividades y evaluación.

La tercera fase consiste en la evaluación del currículo derivado de la fase anterior, se sometió a una revisión por expertos en atención a adolescentes, cuidadores de adolescentes con CCP y profesionales en materia de salud sexual y reproductiva, a través de una sesión grupal, la cual se realizó siguiendo las medidas de seguridad con aforos reducidos, uso de cubre boca, desinfección de manos y ventilación. Los puntos que se consideraron para la revisión por parte de los expertos fueron: Los componentes de la intervención, el contenido de la intervención, los materiales utilizados, las actividades planeadas, cronograma de actividades, y los

instrumentos de evaluación. Posteriormente, se integraron las observaciones de los expertos para obtener la intervención a evaluar a través del estudio piloto (Apéndice P).

Para la implementación de la intervención, se seleccionó a los participantes de escuelas de nivel medio superior, quienes cuentan con convenios de colaboración para atender a adolescentes con CCP. Se accedió a la población a través de jefes o encargados de dar continuidad a programas permanentes de atención a la salud dirigidos a adolescentes, quienes proporcionaron información de las escuelas donde se encontraba la mayor concentración de adolescentes CCP, posteriormente se solicitó autorización a los directivos de cada plantel y se procedió a la presentación del proyecto tanto a directores y directoras de las instituciones como a las encargadas de los programas de fomento a la salud, se trabajó en coordinación con estas últimas para detectar a los posibles participantes y determinar la forma más factible de entregar la intervención. Posteriormente se solicitó un espacio físico para llevar a cabo la intervención. La entrega de la intervención se realizó con aforos reducidos, áreas ventiladas y desinfección de manos antes y después de la intervención.

Posteriormente, se invitó a los jóvenes a participar con previa autorización del tutor legal, se les informó en que consistió el estudio, los beneficios, riesgos potenciales y responsabilidades del investigador a través del consentimiento (Apéndice Q, R), asentimiento informado (Apéndice S, T) y consentimiento informado para participantes mayores de edad (Apéndices W).

La intervención se entregó una sesión por semana y se realizó las mediciones pre-test una vez que se completó la selección de los participantes de cada grupo. Una

vez concluido el programa de intervención se realizó la siguiente medición post-test inmediato y el seguimiento al mes.

Estructura de la Intervención y Medidas de Control

Posterior al estudio anidado cualitativo, se elaboró un borrador de la intervención, la cual consiste en seis sesiones de 60 minutos, previa aplicación de instrumentos de evaluación inicial y la posterior evaluación del programa, evaluación post-test inmediato y una evaluación de seguimiento al mes.

La estructura de la intervención se presenta a continuación:

1. En la primera sesión se realiza la presentación del programa y una exploración previa sobre el conocimiento, actitudes, habilidades, intención y conductas sexuales que posee el participante, a través de diálogo.
2. La segunda sesión se habla sobre resiliencia psicológica y el manejo de emociones y resolución de conflictos.
3. La sesión número tres, se abordan los conceptos de relaciones tóxicas (violencia sexual) y las relaciones saludables, así como las consecuencias de las conductas sexuales seguras y de riesgo.
4. En la cuarta sesión se aborda el desarrollo de habilidades de prevención, sobre todo aquellas que impactan en el uso de condón.
5. En la quinta sesión se realiza un entrenamiento sobre el uso del preservativo
6. Se realiza un compromiso con la salud sexual y la evaluación del programa.

Para estandarizar la entrega de la intervención se elaboró un manual del facilitador, además de un instrumento para evaluar la fidelidad de la intervención por sesión, el investigador principal fue el facilitador de la intervención.

Características de la Educación Sexual del Grupo de Control

Para el grupo de control no se entregó ninguna intervención, sino que esta consistió en el cuidado habitual o la educación sexual que ocurre normalmente para este grupo poblacional, la cual consistió en la consulta de enfermería, esta se enfoca en dar seguimiento al desarrollo y crecimiento del adolescente, específicamente en peso y talla, se lleva a cabo el programa nacional de vacunación y se informa y entregar métodos anticonceptivos con especial énfasis en el condón masculino.

Además, reciben educación sexual en los entornos escolares, los cuales brindan pláticas sobre prevención de la violencia sexual, métodos anticonceptivos con énfasis en la promoción del uso del condón y la colocación del implante hormonal, este último puede colocarse a solicitud del adolescente sin necesidad de autorización por un adulto. En los espacios escolares además realizan una semana de promoción a la salud sexual cada semestre, cada institución crea sus propias estrategias y actividades, de acuerdo a las necesidades de su población.

Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en atención al Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 2014) Antes de aplicar el estudio se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y la Comisión de Ética para la investigación de la Facultad de

Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, como lo señala el Capítulo I, Artículo 14, Fracción VII.

En el reclutamiento y la selección de las participantes, así como durante las sesiones de tratamiento se garantizó el respeto a la dignidad de los participantes, la protección a sus derechos y bienestar de acuerdo con el Artículo 13, procurando otorgar en todo momento, un trato respetuoso, cordial y profesional. En cumplimiento con el Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad de los participantes, por lo que se evitó revelar información que identifique la identidad del participante y se mantuvo el anonimato de estos en las posteriores publicaciones derivadas del estudio.

Esta investigación se consideró con riesgo mínimo de acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, dado que los participantes serán seleccionados con base a un protocolo sistematizado. Los procedimientos fueron basados en interacciones cara a cara y mediciones en cuestionarios de lápiz y papel. Las sesiones se desarrollaron en un aula proporcionada por la institución educativa, con el material necesario, además, las sesiones fueron guiadas por el investigador principal. Se buscó el apoyo de personal de psicología, en caso de que se hubiera presentado alguna eventualidad, cabe mencionar que no se presentó ninguna situación de esta magnitud. Se garantizó la seguridad de los procedimientos de acuerdo con el Artículo 21, Fracción 10

Asimismo, se proporcionó al participante y testigo el consentimiento y asentimiento informado por escrito y de manera verbal de acuerdo con el Artículo 14 Fracción V (Apéndice M, N, O, P, Q, R, S y T). Los participantes que se incluyeron en el estudio recibieron una explicación clara y completa del propósito y procedimientos, posibles riesgos o molestias esperadas y posibles beneficios, de

acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV. Se aseguró responder cualquier pregunta y o duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación y la dosis de la intervención de acuerdo con la Fracción VI. Se les informó de la libertad de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento que lo consideraran pertinente sin que esto afectara sus intereses personales o que pudiera dar lugar a represalias, en apego a lo estipulado por el Artículo 21, Fracción VII.

Así mismo, se consideró el Capítulo III, de la Investigación en Menores de Edad o Incapaces, lo estipulado en el Artículo 35, el cual estipula que debe garantizarse que se han hecho estudios semejantes en personas de mayor edad, así como lo estipulado en el Artículo 36, el cual indica que debe obtenerse por escrito el consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor (Apéndice O, P y R).

De igual forma se consideró a los participantes del estudio como grupos subordinados según lo estipula el Artículo 57 en lo dispuesto en el Capítulo V, de la Investigación en Grupos Subordinados, asimismo se dio cumplimiento al Artículo 58, y se explicó a los participantes que el rechazo a participar en el estudio o la retirada de su consentimiento o asentimiento, no tendría repercusiones en su situación escolar, así mismo se dejó claro que los resultados de la investigación no sería utilizados en su perjuicio.

De acuerdo con el Artículo 114 del Título Sexto Capítulo Único, la intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental, se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de los participantes, para lo cual el investigador

principal se capacitó en la aplicación del protocolo, esto anterior según el Artículo 14, Fracción VI.

Plan de Análisis de Datos

El análisis de la información recabada se realizó mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24, en donde se obtuvo frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central reportadas como media, mediana y desviación estándar para variables numéricas. Además de medidas de dispersión como rango intercuartil, valor mínimo y valor máximo.

Para la comprobación de las hipótesis de la intervención se llevó a cabo pruebas de normalidad Shapiro-Wilk, posterior a ello se realizó el análisis para observar la diferencia en mediciones pre-test, post-test y seguimiento, para muestras relacionadas se utilizó la prueba de Friedman, el tamaño de efecto se calculó a través de la W de Kendal. Para observar la diferencia de muestras independientes se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y el tamaño de efecto se calculó con la r de Ronsenthal (Tabla 1 y 2).

Para interpretar el tamaño de efecto se utilizó como referencia lo siguiente, valores inferiores a .20 señalan la no existencia de efecto, los valores que oscilan entre .50 a .70 indican un efecto moderado y los valores mayores a .80 señalan un tamaño de efecto grande (Ledezma et al., 2008).

Tabla 1*Pruebas Estadísticas para dar Respuesta a los Objetivos del Estudio*

Objetivos Específicos	Prueba Estadística
1. Desarrollar una intervención para promover la conducta sexual segura dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental en el noroeste de México.	NA
2. Explorar la factibilidad de la intervención para promover la conducta sexual segura a través de la tasa de inscripción y abandono en adolescentes con carencia de cuidado parental.	Estadística descriptiva
3. Evaluar la aceptabilidad de la intervención para promover la conducta sexual segura a través de la tasa de aceptación y satisfacción de la intervención en adolescentes con carencia de cuidado parental.	Estadística descriptiva

Nota: En el objetivo uno no es aplicable el análisis de los datos a través de pruebas estadísticas, para dar respuesta a ese objetivo se realizó un sub estudio de tipo cualitativo para conocer la percepción de educación sexual en adolescentes con CCP.

Tabla 2*Pruebas Estadísticas para dar Respuesta a las Hipótesis de la Intervención*

<i>Hipótesis</i>	<i>Prueba Estadística</i>
H ₁ . Mayor resiliencia psicológica con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	
H ₂ . Mayor conocimiento de conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	Muestras relacionadas: Prueba de Friedman
H ₃ . Mayor actitud hacia la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	
H ₄ . Mayor autoeficacia para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	Muestras independientes: U de Mann-Whitney
H ₅ . Mayor intención para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	
H ₆ . Mayor conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y el grupo de comparación.	

Nota: Se utilizó estadística no paramétrica para determinar la diferencia entre el mismo grupo y diferencias entre el grupo de intervención y de comparación.

Para el análisis del subestudio de datos cualitativos, se utilizó el programa MaxQda versión 11.1 para su codificación de forma abierta como máximo nivel de análisis línea por línea, realizando lectura y relectura minuciosa y escrupulosa, hasta lograr una saturación de códigos emergentes para evitar la pérdida de datos significativos, posteriormente se procedió a elaborar el mapeo de la intervención.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados en el proceso de desarrollo de la intervención dirigida a adolescentes con CCP para la conducta sexual segura, en primer lugar, se describen los resultados del estudio anidado cualitativo.

Posteriormente, se muestran los resultados descriptivos y sobre la consistencia interna de los instrumentos utilizados, enseguida se describen los datos socio-demográficos y finalmente, se presentan los resultados sobre los objetivos de factibilidad, aceptabilidad y los derivados de las hipótesis de la intervención.

Resultados del Sub Estudio Cualitativo

Para conocer la percepción de conducta sexual segura en adolescentes CCP, y la posterior elaboración del currículo del programa se llevaron a cabo nueve entrevistas a cuidadores principales y adolescentes con CCP con una duración promedio de 40 minutos. En cuanto a los participantes adolescentes se reclutaron a cuatro, con un promedio de edad de 16.75 años ($DE = .95$), de los cuales fueron tres fueron mujeres y un hombre, el tiempo promedio de carencia de cuidado parental fue de 9 años, en lo que respecta a los cuidadores principales la media de edad fue de 40.2 años ($DE = 13.21$), de los cuales cuatro corresponde al sexo femenino y uno al masculino, dos participantes además de ejercer el cuidado de los adolescentes, también realizan funciones directivas y administrativas, en cuanto al tiempo de experiencia de cuidado de adolescentes, la media fue de 7.2 años ($DE = 4.81$).

En el análisis de los datos, se realizó una consulta de 50 elementos, el cual arrojó una marca de nube con los tópicos de mayor presencia, los cuales fueron: El adolescente institucionalizado, desarrollo de habilidades, eventos potencialmente

traumáticos, necesidades de cuidado, relación con el cuidador principal, tabús y prejuicios y atención multidisciplinaria (Figura 3).

Figura 3.

Marca de Nube con 50 Palabras de Repetición más Frecuentes



Nota: Se muestran los códigos que mostraron mayor repetición.

Finalmente, resultaron ocho subcategorías las cuales se agruparon en tres grandes categorías, el adolescente institucionalizado, percepción desde el cuidador principal y percepción de recursos disponibles.

A continuación, se procedió a realizar la descripción de las categorías emergentes, seguido de los datos empíricos, para ello se utilizaron los siguientes códigos, cuidador se representa con la letra C y se enumera los participantes con 1, 2,3... consecutivamente (Ej. E1) y los adolescentes se representa con la letra A y se enumeran con 1, 2,3... (Ej. A1).

Categorías Emergentes

Categoría 1. El Adolescente Institucionalizado

Esta categoría describe dos elementos importantes sobre el adolescente institucionalizado, los cuales integran la percepción sobre la necesidad de cuidado ajeno al entorno familiar, el cual tiene un impacto importante en el desarrollo del adolescente, y segundo los Eventos Potencialmente Traumáticos (EPT), los cuales representan un reto para la salud de los adolescentes, así como los esfuerzos de cuidado y protección se enfocan en el bienestar psicológico. Dejando de lado necesidades específicas de su edad, como lo sería la promoción a la salud sexual saludable.

Subcategoría 1.1. Necesidad de Cuidado Basado en la Institución

Los adolescentes con CCP, reconocen el motivo de separación de su familia nuclear, la cual puede originarse por diversos motivos, ya sea por recursos económicos insuficientes dentro del núcleo familiar, negligencia en el cuidado o por abandono o muerte de ambos o alguno de los padres. Las instituciones de cuidado para estos adolescentes denominados CAAS, satisfacen necesidades básicas, de cuidado y protección para fomentar su pleno desarrollo, entendiendo que estas no pueden ser satisfechas por la familia. Así lo expresaron los participantes:

“Su familia es de escasos recursos, entonces para ellos es económicamente mejor, porque ahí tienen techo, sus tres comidas, no pasan frío, no pasan calor, los mandan a la escuela” (C1).

“Los niños llegan, ellos [Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)] los reciben por alguna queja, detectan algún problema y los entregan a las

casas hogares. Cuando se resuelve la situación del niño, lo entregan de nuevo a su familia” (C4).

“Llegue a la casa hogar por problemas económicos de mi padre y mi madre no nos podían cuidar, tenía que trabajar largas jornadas y pues porque se les hacía difícil” (A3).

Subcategoría 1.2 Eventos Potencialmente Traumáticos

Los adolescentes con CCP pueden experimentar Eventos Potencialmente Traumáticos (EPT), estos son experiencias que tienen una influencia en el estado psicosocial de los adolescentes. La misma separación o el distanciamiento del núcleo familiar y social, aunado a la institucionalización y la posible sensación de abandono son considerados experiencias traumáticas. Algunos otros ejemplos son la negligencia, maltrato físico, mental, verbal, emocional y sexual. Las redes de apoyo familiar y la cohesión familiar funcionan como factores protectores frente a conductas de riesgo, lo que implica que los adolescentes en esta condición carezcan de estos. Los informantes refirieron lo siguiente al respecto:

“Tienes que ver el entorno de cada uno de los niños porque si son entornos muy diferentes, conviven con drogas, conviven con abusos, muchos de esos niños son hijos de abuso” (C1).

“Me paso con un adolescente varón... que tenía muy marcado el abandono, muy marcado el rechazo, son situaciones que la mayoría en el contexto en el que está lo tienen, pero el de manera muy marcada y no del todo superada. Solía ser una persona con muy poca tolerancia a la frustración, en momentos que las cosas no le salen como quería se enojaba y era bastante explosivo” (C2).

“Bueno algo que llega a suceder, llegamos a enterarnos de situaciones de violencia sexual. Entonces no tanto que se diera solución (en la institución), sino más bien apoyar en la canalización hacia las autoridades, poder hablar con los referentes familiares de lo que estaba sucediendo y que pudieran apoyar a las personas por lo que estaban viviendo, y pues básicamente eso. Y pues sí, es muy impactante la verdad, ese tipo de situaciones de violencia sexual” (C3).

Los resultados en esta categoría muestran que los adolescentes en esta condición sufren en muchas ocasiones situaciones de descuido, negligencia o maltrato, lo que se manifiesta a través del comportamiento, incluso la institucionalización puede significar un evento traumático. Mbengo et al. (2022) mencionan que el desarrollo de la resiliencia psicológica en el adolescente CCP, generan expectativas más positivas del futuro, se construyen relaciones más sanas y se desarrolla la habilidad de resolución de conflictos. Algunos factores protectores como el conocimiento y el apoyo social promueven el desarrollo de la resiliencia y previene conductas de riesgo sexual (LoVette et al., 2022).

Categoría 2. Percepción Desde el Cuidador Principal

Esta categoría describe la percepción del cuidado principal, el cual funge un rol de acompañamiento y formación para el adolescente, el cuidador principal no sustituye el rol que pueden ejercer padre o madre, pero es una figura que identifican los adolescentes. Esta incluye tres subcategorías, carencia de cuidado parental, construcción de la sexualidad adolescente y el elefante blanco en la habitación.

Subcategoría 2.1. Carencia de Cuidado Parental

Esta subcategoría describe la carencia del cuidado parental, entiendo que esta condición los hace más vulnerables a la adopción de conductas poco saludables,

incluyendo conductas sexuales de riesgo, debido a que la educación sexual idealmente se inicia en el seno de la familia. La institucionalización no en todos los casos representa el rompimiento total de los lazos familiares, existen adolescentes que tienen contacto con algunos integrantes de la familia, a quienes se les conoce como referente familiar, estos pueden ser familia directa como madre, padre, abuelos, hermanos o tíos. Sin embargo, la poca o nula participación de los referentes familiares en la vida de los adolescentes, es un factor que compromete el adecuado desarrollo físico, biológico, afectivo, emocional y social. Los participantes expresaron lo siguiente:

“En un principio se podría decir que eran muy pocos los que realmente se interesaban por los niños o adolescentes, no los estoy juzgando, sino como el hecho, ellos (familia) decían vengo aquí y lo dejó, ahí (CAAS) lo cuidan, ya no me tengo que preocupar por él, porque yo sé que está bien aquí, entonces ellos estaban en el papel de estoy muy agusto con ellos ahí en la institución” (C3).

Sobre la atención de salud que reciben los adolescentes en el CAAS, *“el referente familiar casi nunca podía (acompañarlos) porque pues era pedir un día y era una pérdida económica muy fuerte...entonces yo era la responsable completamente de eso” (C1).*

Subcategoría 2.2. Construcción de la Sexualidad del Adolescente

En esta subcategoría se describe como el concepto de sexualidad se construye en este grupo poblacional, dado que carecen de un acercamiento a esta temática desde la perspectiva familiar. El proceso por el que el adolescente va construyendo su concepto de sexualidad inicia en los entornos escolares a través de la sensibilización de esta temática e incluye la exposición de información disponible en

la red, series o películas que puede distorsionar o desinformar su concepto de sexualidad. El concepto de sexualidad va madurando o cambiando con el tiempo, a través de la información recibida, así como las experiencias relacionadas a la sexualidad.

“... no hay alguien que les diga, oye la sexualidad es algo bonito... las primeras experiencias sexuales (de los adolescentes en general) a lo mejor no fue un cuento de hadas, es algo realmente esporádico, fue algo casi accidental” (C2).

“... en una ocasión me dijo que si les iban a poner una película porno o algo así. Pues, así como que les llamaba la atención el tema, pero pues él, al no tener educación sexual, pues se iban por otro lado y es como que la puerquita estaba abierta” (C3).

Subcategoría 2.3 El Elefante Blanco en la Habitación

Esta subcategoría describe como los tabús o prejuicios tienen un papel importante sobre cómo debe abordarse la educación sexual del adolescente. La visión que tienen los cuidadores principales o referentes familiares sobre la sexualidad y los procesos de educación sexual se conciben desde los propios paradigmas, limitaciones o tabús en cuanto a habilidades para informar, educar y comunicarse con base a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. La falta de reconocimiento tanto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, como de los procesos por el cual se construye una sexualidad saludable es el primer paso hacia el proceso de construcción de estrategias y planes que favorezcan el pleno desarrollo en esta temática.

“Algo que no ayudaba mucho era el tema de la religión, porque siento como que la sexualidad es un tema tabú, o sea se veía como lo general y pues lo que piden por parte de la SEP, pero en sí no” (C3).

“Algo importante, que yo creo que se debería normalizar, primeramente, porque hasta ellos mismos (los adolescentes) lo ven como tabú, porque así lo vemos toda la sociedad, entonces como que puedan trabajar con los adultos, para que lo podamos ver normal y poder pasarlo, así como es normal” (C2).

“Creo que debemos informar a los directores, porque si tienen un tabú enorme, o sea, siento que a veces no se dan cuenta el tipo de niños con los que están tratando” (C1).

En esta categoría se puede observar que, el cuidado basado en la institución ha demostrado ser un factor protector para el bienestar del adolescente (Huynh et al., 2019), sin embargo, no para la conducta de riesgo sexual, específicamente en la probabilidad de tener diversas parejas sexuales (Embleton et al., 2017). Esto puede suceder, debido a la falta del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos durante la adolescencia, así como la falta de habilidades para comunicar temas de sexualidad en esta población, genera desconocimiento de las estrategias adecuadas para brindar educación para la salud. La calidad de la relación, así como el desarrollo de habilidades de comunicación entre adolescentes con CCP, cuidadores principales y referentes familiares pueden considerarse componentes a integrarse en una intervención dirigida a estas dos figuras específicamente, en la cual se aborden estrategias para mejorar la comunicación con adolescentes, de monitoreo de comportamientos de riesgo y de desarrollo de una sexualidad saludable (Albertson et al., 2020).

Categoría 3. Percepción de Recursos Disponibles

Finalmente, esta categoría, describe como algunos elementos de cuidado a esta población pueden ser la base para una educación sexual más integral. Esta es fundamental para promover la salud y el bienestar de los adolescentes, aunque en el contexto actual, en cuanto a políticas, se han hecho esfuerzos para promover los derechos sexuales y reproductivos en esta población, la traducción a la práctica conlleva un camino lento. Las instituciones buscan generar habilidades para la vida, donde el adolescente una vez que sea egresado pueda desarrollarse de manera más óptima en otros entornos. Uno de los aspectos más importantes a desarrollar es la madurez emocional, la cual permita al adolescente ser autónomo, autorregularse, adaptarse en el entorno de manera saludable y tomar mejores decisiones en cuanto a su vida. Esta categoría contiene tres subcategorías desarrollo de habilidades, cuidador principal y atención multidisciplinaria.

Subcategoría 3.1 Desarrollo de Habilidades

Esta subcategoría describe que la institucionalización funge como un factor protector, a través del cuidado que se provee en la institución, el aseguramiento de educación básica, servicios de salud y acompañamiento brindan herramientas y habilidades que permiten al adolescente construir otras perspectivas sobre su idea del futuro. Esto puede incluir planes sobre la planificación familiar, un aspecto de la sexualidad saludable, el cual promueve la libertad de decidir cuantos hijos tener, y el momento idóneo para ello.

“Muchos adolescentes ya su aspiración era tener una carrera y eso se me hace muy padre, porque al haber estado ahí (en la institución), ya había hecho algo diferente en ellos, de querer tener algo diferente a lo que vivían en casa. Les

preguntas qué quieren ser de grandes y tienen como un poquito más claro, igual iban a cambiar como todos los niños. Era muy padre, a lo mejor lo que hacen en la institución les ayuda a que hagan un futuro diferente” (C3).

“...ellos ya lograron en el tiempo, alguna idea, alguna perspectiva crítica, algún plan de vida que ellos ya tienen claro... y a veces ni si quiera está claro el plan de vida, pero tienen claro lo que no quieren hacer de su vida” (C2).

“Lo que se busca, es que, a través de las actividades, se busca mucho que ellos puedan tener la iniciativa de realizar las cosas entre ellos, por ejemplo, el cuidado de la salud, que ellos mismos busquen apoyo de salud cuando realmente se necesita” (C3).

Subcategoría 3.2 Cuidador Principal

Esta subcategoría detalla el rol que ejerce la figura del cuidador principal dentro de la institución de cuidado. Siendo un recurso disponible para potenciar el desarrollo de los adolescentes. El cuidador principal es quién comparte experiencias, resuelve dudas o inquietudes, apoya en la realización de tareas, participa en la resolución de problemas a través de canalizar a las áreas correspondientes y participa en la formación y educación de los mismos. Sin embargo, las actividades no incluyen educación para la salud, sino más bien de compañía y supervisión.

“El personal que está con ellos en las tardes, después de la escuela, es como si fuera su papá o mamá, y es quien tiene que estar en contacto directo con ellos, quién en teoría debe conocer cómo se encuentran, en cuanto a la escuela y un poquito en cuanto a lo emocional, no como psicólogo si no como apoyo” (C3).

“Mi función es de supervisión, de entrada, por qué tenemos que tener en cuenta que es una asociación civil y pues hay muchas responsabilidades al estar con

ellos, no de manera inquisitiva o de manera hostigosa o de “estoy viendo lo que haces” (C2).

“... creo que tiene que ver mucho el personal, porque a pesar de que a lo mejor muchos no tienen una relación directa, realmente nos interesa, vemos por ellos, pasaban y así de “Hola, ¿Cómo estás?” “¿cómo vas en la escuela?” y tratamos de hacer ese tipo de preguntas para que ellos también se motivarán” (C3).

Subcategoría 3.3 Atención Multidisciplinaria

Por último, esta subcategoría describe como la atención multidisciplinaria es un recurso con el que cuenta actualmente las instituciones de cuidado a esta población, el cual tiene por objetivo promover el desarrollo saludable de los adolescentes. Las instituciones que ofrecen cuidado a niños, niñas y adolescentes con CCP, deben cumplir con ciertos lineamientos para que les sea permitida su operación. Entre ellos ofrecer servicios de psicología, trabajo social, educación, cuidados a la salud integral. La atención multidisciplinaria es una ventaja para promover el desarrollo del adolescente en esta condición, sin embargo, no existen planes y programas que aborden aspectos de sexualidad específicamente.

“Existe lineamientos del DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) que tienes que basar para poder darles atención a los niños y las niñas, de hecho, algo que tienes que tener dentro de las casas de asistencia es que tiene que haber un médico, una nutrióloga, el área de psicología y trabajo social” (C3).

“Había situaciones que tenías que aclarar al adolescente, con tu consentimiento esto necesita ser abordado en otra área. Por qué había alguna implicación psicológica, legal... Tienes que ser muy objetivo y decirle al adolescente,

sabes que, esta situación por mucho que yo la pueda tratar es una situación que debe ser tratada por alguien más, con tu consentimiento” (C2).

Esta categoría permite el análisis de los factores que intervienen en la educación sexual, y aunque existen algunas directrices sobre las variables a intervenir durante la adolescencia, se observa una gran complejidad en el fenómeno de la educación sexual y la prevención de conductas de riesgo. Un factor importante es el desarrollo de habilidades conductuales que coadyuven a un comportamiento sexual seguro, como lo son habilidades de negociación de uso de condón, de comunicación y de uso de preservativo (Medina et al., 2016), son los recursos disponibles como lo son el acceso a los servicios de salud con profesionales de distintas áreas, tener un cuidado principal y el apoyo social (Kamke et al., 2020).

Implicaciones para el Desarrollo de la Intervención

El propósito del sub estudio cualitativo fue conocer la percepción de educación sexual en adolescentes con CCP para posteriormente elaborar el curriculum de la intervención. Cabe resaltar que se han desarrollado intervenciones en grupos similares como adolescentes de la calle o adolescentes de padres divorciados, sin embargo, existen pocos estudios dirigidos a adolescentes con CCP. De manera general, los datos muestran que el desarrollo de habilidades permite al adolescente construir expectativas más positivas sobre el futuro.

En el sub estudio cualitativo se pudo examinar la viabilidad del reclutamiento a través de los criterios de inclusión para los adolescentes con CCP, los resultados mostraron un desafío para convocar a los posibles participantes de la intervención en instituciones de cuidado para esta población, como resultado de lo anterior, se optó por reclutar a los participantes en instituciones educativas que tuvieran convenios de

colaboración con las instituciones de cuidado para los adolescentes con CCP, es importante resaltar que las instituciones educativas están más sensibilizadas sobre la necesidad de educación sexual para adolescentes más vulnerables.

Otro aspecto a considerar, fue la exploración de la posible colaboración para llevar a cabo el estudio de directivos, cuidadores principales, referentes familiares y adolescentes CCP, los resultados cualitativos mostraron opiniones divididas, por una parte, los cuidadores principales externaron la necesidad de abordar estos temas con los adolescentes CCP, ya que están expuestos a información que puede influir de manera negativa en la construcción de su sexualidad. Por otra parte, los directivos de las instituciones de cuidado se mostraron reservados para trabajar dichas temáticas con los adolescentes, esto puede ser debido a la falta de capacitación y herramientas para tratar temas referentes a la sexualidad prefiriendo evitarlo, de tal forma que la responsabilidad recae en las instituciones educativas y de salud.

Por otra parte, la figura de referente familiar resultó ser un recurso importante en la vida de los adolescentes, esto puede ser debido a su sentido de pertenencia (Villar-Terrero et al., 2022). Por lo que se decidió explorar la calidad de la relación con esta figura.

Finalmente, los datos cualitativos proveyeron información para crear el modelo lógico, específicamente los contenidos y actividades que pudieran ser de interés para los adolescentes CCP. La organización de actividades se centró en el desarrollo de habilidades, ya que se observó que estas son un factor de protección para concebir un futuro más positivo, se incluyeron actividades que promovían la resiliencia psicológica ante eventos adversos, esto permitió identificar las habilidades que han desarrollado y que les han apoyado para construir el futuro que desean para

sí mismos. Por otra parte, se incluyeron habilidades de planificación familiar y aquellas que les permite apearse a su plan de vida, como negociación de uso de condón, rechazo de una relación de riesgo y colocación de condón masculino.

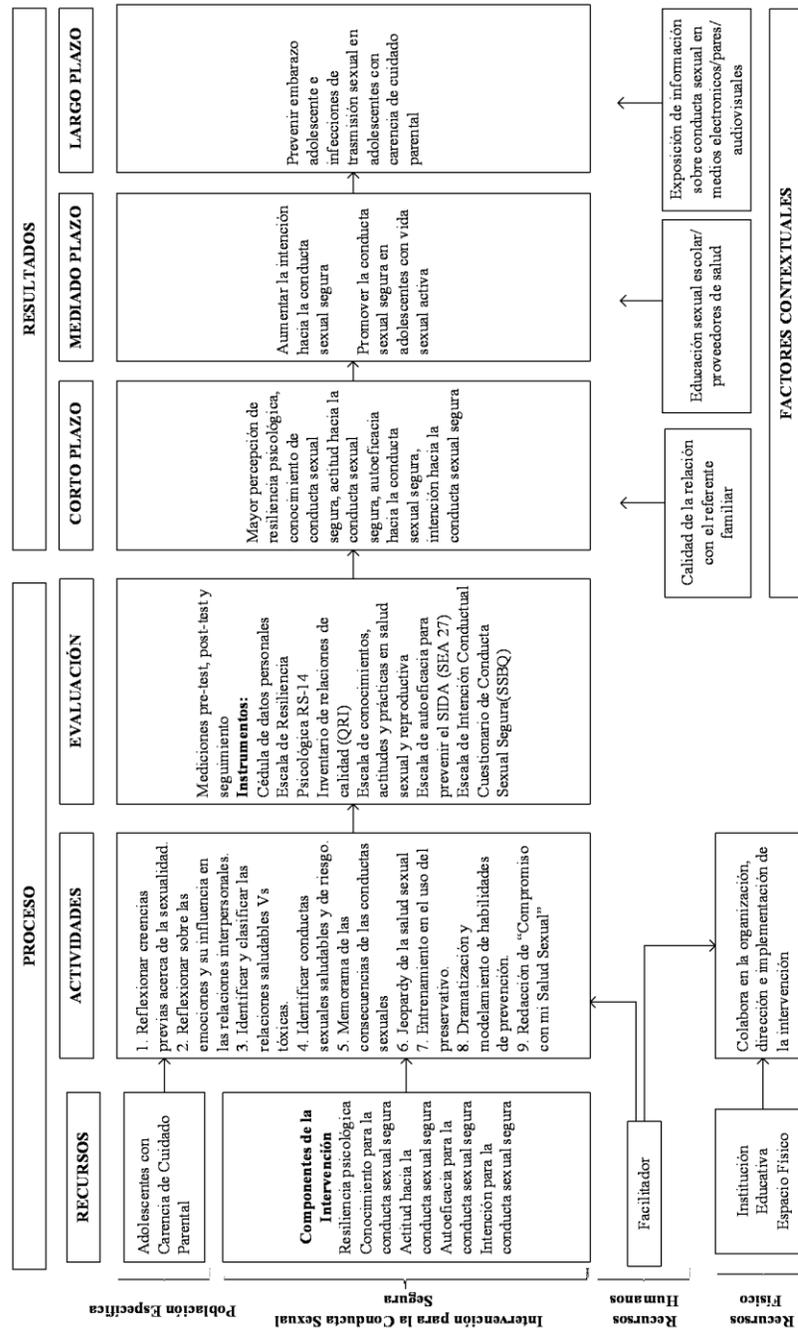
Como resultado de los datos cualitativos se desarrolló el manual de intervención, así como el modelo lógico que posteriormente fue retroalimentado por expertos en cuidado a adolescentes y en educación sexual. A continuación, se presente el modelo lógico para el cambio de conducta sexual segura en adolescentes con CCP.

Modelo Lógico para la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental

El modelo lógico de intervención contiene las variables de referencia para el presente estudio, la población específica, los recursos, las actividades, los resultados a corto, mediano y largo plazo y los factores contextuales que se observaron (Figura 4). El modelo lógico es el resultado del estudio anidado de enfoque cualitativo, además se desarrolló la intervención en la cual se describe la justificación, modelos teóricos utilizados para dar sustento al programa, se describen los componentes que lo integran y objetivos de la intervención. Asimismo, se creó el manual del facilitador donde se incluye una carta descriptiva que especifica contenido, objetivos y actividades, así como las actividades específicas del facilitador (Apéndice W y X).

Figura 4

Modelo Lógico para el Cambio de Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carence de Cuidado Parental



Nota: Se muestran los elementos que conforman la intervención, el proceso para el cambio de conducta, los resultados a corto, media y largo plazo, así como los factores que forman parte del contexto.

Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad en el Grupo de Intervención

En las tablas 3, 4 y 5 se muestran los análisis descriptivos y las pruebas de normalidad, para su análisis se realizó la prueba de Shapiro-Wilk, en el pre-test, post-test y seguimiento de las variables. Los resultados de las pruebas de normalidad muestran un comportamiento variable en cuanto a la distribución, algunas variables mostraron distribución no normal en los tres momentos y otras mostraron distribuciones distintas en cada momento, aunado a esto, se consideró también el tamaño de la muestra el cual es considerado pequeño, por ello se decidió utilizar estadística no paramétrica para comprar las hipótesis de la intervención.

Tabla 3

Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Pre-Test en el Grupo de Intervención

Escala	<i>Media</i>	<i>Mdn.</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V.Max</i>	<i>w</i>	<i>p</i>
Escala de Resiliencia (ER-14)	50.38	47.61	13.90	26.19	89.29	.951	.168
Inventario de Relaciones de Calidad	74.57	73.80	17.96	30.95	100	.935	.062
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	22.02	20.16	14.85	5.04	74.16	.868	.001

Nota: $n = 31$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo w = Shapiro-Wilk, p = significancia estadística.

Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Pre-Test en el Grupo de Intervención (continuación...)

Escala	Media	Mdn.	DE	V. Min	V.Max	w	p
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	29.96	24.39	17.50	12.20	100.00	.762	< .001
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	54.24	56.73	12.36	26.92	71.15	.950	.159
Escala de Intención Conductual	70.00	95.00	16.92	40.00	26.92	.818	< .001
Cuestionario de Conducta Sexual Segura ^a	52.02	54.34	13.637	33.33	75.36	.924	.391

Nota: $n = 31$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo w = Shapiro-Wilk, p = significancia estadística.

^a Se realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

Tabla 4

Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Intervención

Escala	Media	Mdn.	DE	V. Min	V.Max	w	p
Escala de Resiliencia (ER-14)	48.50	50.00	11.27	23.81	66.67	.962	.325

Nota: $n = 31$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, w = Shapiro-Wilk, p = significancia estadística.

Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Intervención (continuación)

Escala	Media	Mdn.	DE	V. Min	V. Max	w	p
Inventario de Relaciones de Calidad	78.80	80.95	17.19	40.48	100	.921	.025
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	14.15	10.08	16.32	4.62	95.80	.868	.001
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	22.80	19.51	16.25	9.41	100.00	.594	< .001
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	74.56	75.00	15.94	40.38	100.00	.962	.323
Escala de Intención Conductual	70.00	80.00	11.69	50.00	85.00	.745	< .001
Cuestionario de Conducta Sexual Segura ^a	54.34	52.17	14.79	34.77	85.51	.931	.456

Nota: $n = 31$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

^a Se realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

Tabla 5

Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad en el Seguimiento en el Grupo de Intervención

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Escala de Resiliencia (ER-14)	28.29	28.57	7.45	11.90	57.14	.872	.002
Inventario de Relaciones de Calidad	82.85	82.14	19.72	40.48	107.14	.914	.017
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	14.32	9.34	16.99	4.62	98.53	.487	.001
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	21.84	17.42	16.41	8.36	100	.574	.001
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	73.14	74.03	16.98	40.38	98.08	.933	.054
Escala de Intención Conductual	72.66	80	10.48	50	80	.708	.001
Cuestionario de Conducta Sexual Segura ^a	50.28	51.44	9.90	33.33	66.67	.975	.933

Nota: $n = 31$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

^a Se realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad en el Grupo de Comparación

Para el grupo de comparación se realizaron de igual forma pruebas de normalidad y se especifican datos descriptivos. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para el pre-test, post-test y seguimiento de las variables. Tomando en cuenta las diferencias de distribución en las variables con respecto a las mediciones realizadas, aunado al tamaño de muestra, se procedió a utilizar estadística no paramétrica. En lo que respecta a conducta sexual, no se obtuvo la muestra suficiente para realizar pruebas de normalidad. (Tablas 6, 7 y 8).

Tabla 6

Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad en el Pre-Test en el Grupo de Comparación

	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Max</i>	<i>w</i>	<i>p</i>
Escala de Resiliencia (ER-14)	54.28	54.76	5.91	46.43	64.29	.930	.275
Inventario de Relaciones de Calidad	84.92	88.09	16.03	50	102.38	.897	.086
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	25.09	18.06	20.19	5.04	72.90	.830	.009
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	31.31	22.29	22.93	15.68	97.91	.675	.001

Nota: n = 15, Media = Promedio, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, V. Min. = Valor mínimo, V. Max. = Valor máximo, w = Shapiro-Wilk, p = significancia estadística.

Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad en el Pre-Test en el Grupo de Comparación (Continuación...)

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	55.30	56.73	11.33	26.92	75	.972	.888
Escala de Intención Conductual	69.56	75	14.64	35	100	.840	.013

Nota: $n = 15$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

Tabla 7

Estadística descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Comparación

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Escala de Resiliencia (ER-14)	49.56	52.97	11.51	11.90	66.67	.671	.001
Inventario de Relaciones de Calidad	86.34	90.47	19.95	50	107.14	.883	.053
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	17.23	10.69	20.25	4.62	100	.788	.003

Nota: $n = 15$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

Estadística descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Post-Test en el Grupo de Comparación (Continuación...)

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	24.14	18.98	18.21	9.41	100	.674	.001
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	68.79	68.75	17.19	17.31	100	.810	.005
Escala de Intención Conductual	78.80	80	12.34	50	100	.222	.003

Nota: $n = 15$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

Tabla 8

Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Seguimiento en el Grupo de Comparación

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Escala de Resiliencia (ER-14)	37.50	32.14	14.72	11.90	66.67	.961	.705
Inventario de Relaciones de Calidad	83.28	88	17.51	40.48	107.14	.875	.040

Nota: $n = 15$, *Media* = Promedio, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo, *w* = Shapiro-Wilk, *p* = significancia estadística.

Estadística Descriptiva y Pruebas de Normalidad en el Seguimiento en el Grupo de Comparación (Continuación...)

Escala	Media	Mdn	DE	V. Min	V.Max	w	p
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	17.15	11.97	19.57	3.78	98.53	.688	.001
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	23.48	18.81	16.43	8.36	100	.864	.028
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	70.21	67.30	16.16	37.50	98.08	.955	.607
Escala de Intención Conductual	76.63	80	15.16	40	100	.776	.002

Nota: n = 15, Media = Promedio, Mdn = Mediana, DE = Desviación Estándar, V. Min. = Valor mínimo, V. Max. = Valor máximo, w = Shapiro-Wilk.

Consistencia Interna de los Instrumentos Aplicados

Se sometieron a análisis de confiabilidad interna los instrumentos utilizados en el presente estudio, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach con el paquete estadístico SPSS versión 20. Los instrumentos evaluados fueron: escala de resiliencia (ER-14) (Sánchez, 2015), el inventario de relaciones de calidad (QRI) (Yearwood et al., 2018), las dimensiones de conocimiento y actitud de la escala de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva (Vargas, 2007), escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes (López & Moral., 2001), la

escala de intención conductual (Morales et al., 2016) y el cuestionario de conducta sexual segura (SSBQ) (Hernández et al., 2020).

Los instrumentos reportaron un Alfa de Cronbach con valores aceptables durante todas las mediciones, en el pre-test oscilaron entre .733 a .930, en el post-test inmediato se mantuvieron entre .739 a .970 y en el seguimiento .657 a .973 (Tabla 9).

Tabla 9

Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Intervención

Instrumento	Sub Escalas	No. De ítems	α		
			Pre-test	Post-test	Seguimiento
Escala de Resiliencia (ER-14)		1-14	.901	.892	.872
Inventario de Relaciones de Calidad		1-14	.905	.907	.925
Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva	Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	1-68	.930	.970	.973
	Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	1-41	.920	.938	.949
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes		1-26	.872	.904	.939

Nota: $n = 31$

^aSe realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Intervención

(Continuación...)

Instrumento	Sub Escalas	No. De ítems	α		
			Pre-test	Post-test	Seguimiento
Escala de Intención Conductual		1-5	.775	.739	.774
Cuestionario de Conducta Sexual Segura ^a		1-23	.733	.798	.657

Nota: $n = 31$

^a Se realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

En cuanto al grupo de comparación, en el pre-test se encontraron valores aceptables Alfa de Cronbach .800 a .962 en la mayoría de las escalas, únicamente las escalas de resiliencia e intención conductual resultaron en valores inferiores a .70. En lo que respecta al post-test se encontraron valores aceptables en todas las escalas (.758 a .925) y en el seguimiento se reportan valores de .637 a .979, siendo la escala de intención conductual con la puntuación de Alfa Cronbach más baja (Tabla 10).

Tabla 10

Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Comparación

Instrumento	Sub Escalas	No. De ítems	α		
			Pre-test	Post-test	Seguimiento
Escala de Resiliencia (ER-14)		1-14	.632	.927	.849

Nota: $n = 15$

Consistencia Interna de Instrumentos Aplicados en el Grupo de Comparación

(Continuación...)

Instrumento	Sub Escalas	No. De ítems	α		
			Pre-test	Post-test	Seguimiento
Inventario de Relaciones de Calidad		1-14	.884	.925	.906
Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva	Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	1-68	.962	.984	.979
	Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	1-41	.961	.967	.930
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes		1-26	.800	.926	.915
Escala de Intención Conductual		1-5	.528	.758	.637

Nota: n = 15

Resultados de Características Sociodemográficas

La muestra del grupo de intervención estuvo compuesta por 40 participantes y se analizaron un total de 31, mientras que el grupo de comparación estuvo integrado por 33 participantes y se analizaron un total de 15, dando un total de 46 participantes entre ambos grupos. La media de edad del total de la muestra fue de 16.83 ($DE = .709$), en cuanto al tiempo de CCP la media en años para ambos grupos fue de 14.22 ($DE = 5.32$) (Tabla 11). En cuanto a la equivalencia entre grupos de las

características sociodemográficas iniciales de las variables de intervalo, se encontró diferencia significativa en lo que respecta a la edad de los participantes ($p < .05$) (Tabla 12).

Tabla 11

Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Intervalo)

Datos sociodemográficos	Total ($n = 46$)		Grupo Intervención ($n = 31$)		Grupo Comparación ($n = 15$)	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	16.83	.709	17	.577	16.47	.215
Tiempo de CCP	14.22	5.32	13.71	5.84	15.27	3.99

Nota: n = Muestra; M = Media; DE = Desviación estándar

Tabla 12

Equivalencia de Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Intervalo)

Datos sociodemográficos	Total ($n = 46$)		Grupo Intervención ($n = 31$)		Grupo Comparación ($n = 15$)		<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	
Edad	17	1	17	0	16	1	.015
Tiempo de CCP	17	1	17	7	16	1	.310

Nota: *Mdn* = Mediana; p = significancia estadística.

La diferencia entre grupos se calculó mediante prueba de U de Mann Whitney, la diferencia entre grupos es significativa en $p < .05$

En cuanto al sexo de los participantes el 63% corresponde al sexo masculino y el 37% al femenino. También se observa que el tipo de CCP fue en mayor porcentaje por abandono de padre (54.3%) y el 67.4% identifica a la madre como referente familiar (Tabla 13).

En lo que respecta a la calidad del cuidado estructural el 100% refiere tener alimentación 3 veces al día, el 95.7% tienen un lugar propio dentro de su lugar de vivienda, 100% refiere un adulto mayor de 18 años que le cuida y el 95.7% menciona tener servicio médico. Los participantes reportan en su mayoría no haber iniciado actividad sexual (76.1%) hasta el momento de la intervención (Tabla 13).

Al evaluar la equivalencia de las características sociodemográficas entre los participantes del grupo de intervención y el grupo de comparación al inicio del estudio, no se encontraron diferencias significativas, excepto en la edad de los participantes ($p < .05$) (Tabla 13) y en lo que corresponde a la calidad de la relación con el referente familiar ($p < .05$) (Tabla 14).

Tabla 13

Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Nominales)

Datos Sociodemográficos	Total (n = 46)		Grupo Intervención (n = 31)		Grupo Comparación (n = 15)		p
	f	%	f	%	f	%	
Sexo							
Mujer	17	37	11	35.5	6	40	.766
Hombre	29	63	20	64.5	9	60	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística.

La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado, es significativa en $p < .05$.

Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Nominales) (Continuación...)

Datos Sociodemográficos	Total (n = 46)		Grupo Intervención (n = 31)		Grupo Comparación (n = 15)		p
	f	%	f	%	f	%	
Tipo de CCP							
Huérfano doble	2	4.3	2	6.5	0	0	.096
Huérfano madre	5	10.9	2	6.5	3	20	
Huérfano padre	1	2.2	1	3.2	0	0	
Abandono madre	3	6.5	3	9.7	0	0	
Abandono padre	25	54.3	13	41.9	12	80	
Separación doble	1	2.2	1	3.2	0	0	
Separación madre	2	4.3	2	6.5	0	0	
Separación padre	7	15.2	7	22.6	0	0	
Referente familiar							
Padre	12	26.1	9	29	3	20	.318
Madre	31	67.4	19	61.3	12	80	
Abuelo/a	3	6.5	3	9.7	0	0	
Alimentación 3 veces x día							
Si	46	100	31	100	15	100	
Vivienda							
Espacio propio	44	95.7	30	96.8	14	93.3	.592
Sin espacio propio	2	4.3	1	3.2	1	6.7	
Adulto que me cuida							
Si	46	100	31	100	15	100	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado, es significativa en $p < .05$.

Características Sociodemográficas Iniciales por Grupo de Intervención y Comparación (Variables de Nominales) (Continuación...)

Datos sociodemográficos	Total (n = 46)		Grupo Intervención (n = 31)		Grupo Comparación (n = 15)		p
	f	%	f	%	f	%	
Servicios de Salud							
Si	44	95.7	29	93.5	15	100	.314
No	2	4.3	2	6.5	0	0	
Relaciones sexuales previas							
Si	11	23.9	10	32.3	1	6.7	.056
No	35	76.1	21	67.7	14	93.3	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado, es significativa en $p < .05$.

Tabla 14

Equivalencia entre Grupos de la Variable Calidad de la Relación con el Referente Familiar por Grupo de Intervención y Comparación (Variables Ordinales)

Variable	Total (n = 46)		Grupo de Intervención (n = 31)		Grupo de Comparación (n = 15)		p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango	Mdn	Rango	
Inventario de Relaciones de Calidad	77.38	26.19	73.80	28.57	88.09	30.95	.038

Nota: Mdn = Mediana; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante prueba U de Mann Whitney, la diferencia entre grupos es significativa en $p < .05$.

De los participantes que iniciaron su vida sexual, la edad promedio del inicio de actividad sexual tiene una media de 15.45 años ($DE = .93$). Con respecto al número de parejas sexuales que han tenido a lo largo de su vida se obtuvo una media de 2.91 parejas ($DE = 2.16$) y de los participantes que mantuvieron relaciones

sexuales en el mes anterior a la encuesta, reportaron una media de 1.14 ($DE = 1.29$) con respecto a las parejas sexuales en el mes anterior. En cuanto al sexo de los participantes que iniciaron su vida sexual, el 63.6% corresponde al masculino y el 36.4% al femenino, el 72.7% menciona haber utilizado condón en su última relación sexual, en cuanto a relaciones sexuales en el mes anterior el 60% reportó haber mantenido. Al evaluar equivalencias por grupo no se observó diferencias significativas (Tabla 15).

Tabla 15

Actividad Sexual Inicial por Grupo de Intervención y Comparación (Variables Nominales)

Variable	Total ($n = 11$)		Grupo de Intervención ($n = 10$)		Grupo de Comparación ($n = 1$)		p
	f	%	f	%	f	%	
Sexo							
Hombre	7	63.6	6	60	1	100	.428
Mujer	4	36.4	4	40	0	0	
Uso previo de condón							
Si	8	72.7	7	70	1	100	.521
No	3	27.3	3	30	0	0	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado, es significativa en $p < .05$. Los datos analizados corresponden a los adolescentes que mantuvieron previamente actividad sexual.

Finalmente, en cuanto a los EPT, se encuentra que el 35.5% ha experimentado agresión verbal, 25.8% agresión física, 19.4% acoso sexual, el 25.8% agresión física con punzo cortante, 64.5% observar agresión verbal, 35.5% observar

agresión física, 16.1% observar acoso sexual y 3.2% ha experimentado algún otro evento estresante. Se evaluaron equivalencias de las características sociodemográficas entre los participantes del grupo de intervención y el grupo de comparación al inicio del estudio respecto a la experimentación de EPT, no se encontraron diferencias significativas, excepto en la variable de haber recibido agresión verbal ($p < .05$) (Tabla 16).

Tabla 16

Eventos Potencialmente Traumáticos Inicial por Grupo de Intervención y Comparación

Variable	Total (n = 46)		Grupo de Intervención (n = 31)		Grupo de Comparación (n = 15)		p
	f	%	f	%	f	%	
Agresión física							
Si	11	23.9	8	25.8	3	20	.665
No	35	76.1	23	74.2	12	80	
Agresión punzocortante							
Si	3	6.5	2	6.5	1	6.7	.978
No	43	93.5	29	93.5	14	93.3	
Acoso sexual							
Si	9	19.6	6	19.4	3	20	.959
No	37	80.4	25	80.6	12	80	
Agresión verbal							
Si	14	30.9	6	19.4	8	53.3	.019
No	32	69.6	25	80.6	7	46.7	
Observar agresión física							
Si	19	41.3	11	35.5	8	53.3	.249
No	27	58.7	20	64.5	7	46.7	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado es significativa en $p < .05$.

Eventos Potencialmente Traumáticos Inicial por Grupo de Intervención y Comparación (Continuación....)

Variable	Total (n = 46)		Grupo de Intervención (n = 31)		Grupo de Comparación (n = 15)		p
	f	%	f	%	f	%	
Observar acoso sexual							
Si	7	15.2	5	16.1	2	13.3	.805
No	39	84.8	26	83.9	13	86.7	
Observar agresión verbal							
Si	28	60.9	20	64.5	8	53.3	.466
No	18	39.1	11	35.5	7	46.7	
Otro evento estresante							
Si	1	2.2	1	3.2	0	0	.482
No	45	97.8	30	96.8	15	100	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; p = significancia estadística. La diferencia entre grupos se calculó mediante Prueba de Chi-cuadrado, es significativa en $p < .05$.

Resultados de Factibilidad

A continuación, se presentan los resultados del segundo objetivo específico el cual evaluó la factibilidad del estudio, en términos de la viabilidad de la implementación de la intervención y la viabilidad de la metodología del estudio

El acceso a la población se realizó a través de escuelas de nivel medio superior que cuentan con convenios de colaboración para atender a esta población. Posterior a la presentación del proyecto ante los directivos y la autorización para llevar a cabo el proyecto en dichos espacios, se procedió a identificar a los posibles participantes, a través de la oficina de orientación educativa, quienes brindaron una lista de los posibles aspirantes. Se gestionó un tiempo establecido para entregar la

intervención, el cual fue el horario de tutoría, ya que se consideró era compatible con el propósito de dicho módulo.

Una vez identificados los participantes, se citaron para realizar la invitación, lo cual ocurrió en el mes septiembre del 2022, se expusieron los contenidos de la intervención, objetivos y el cronograma de actividades, se explicó en qué consistiría la participación y se entregó el consentimiento informado para referente familiar (padre, madre o tutor legal), posteriormente se acordó con quienes estuvieran interesados en participar y además contaran con la autorización pertinente, debían acudir a la siguiente sesión con el consentimiento informado firmado, se proporcionaron además datos de contacto y se especificó que si los referentes familiares requerían información adicional se podría facilitar a través de correo electrónico, teléfono o de manera presencial previo acuerdo, sin embargo, ningún referente familiar requirió información adicional.

La principal dificultad para el acceso a la población fue el número de instituciones educativas de nivel medio superior que aceptaron participar, cabe resaltar que algunas escuelas que habían sido consideradas, rechazaron la participación debido a que cuentan con un programa de educación sexual que se caracteriza por imponer una moral religiosa, incluso en el estado de Chihuahua ha sido reconocido como un programa anti derecho de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes (Comisiones Unidas de Educación, Cultura, Física y Deporte y de Igualdad, LXVII Legislatura, 2023).

Una de las principales barreras de la implementación, fue el tiempo para participar en la intervención, ya que, aunque se asignó un tiempo específico para ello, se programaron actividades como visitas a escuelas de nivel superior, visitas de

instituciones que ofrecían becas, entre otras, en las cuales era obligatoria la asistencia y lo que retrasó el inicio de actividades, tanto para el reclutamiento o en las sesiones posteriores. Además, exámenes de periodo o proyectos finales, distrajeron la atención de los participantes y algunos no se presentaron a las sesiones de seguimiento.

Otra barrera que se presentó fue el cambio de personal administrativo en una de las instituciones, posterior a la primera medición del grupo de comparación, lo que conllevó en el retiro del estudio de los participantes de dicha institución, se realizó la invitación a otras instituciones, sin embargo, debido al tiempo restante del ciclo escolar, así como de actividades previamente planeadas, no fue posible la implementación.

En cuanto a barreras estructurales, es importante destacar que, para la entrega de la intervención, se asignaron espacios físicos diversos, dependiendo de la disponibilidad de los mismos, siendo en ocasiones no adecuados para las actividades planeadas. Algunos de los espacios fueron tipo auditorio, sin la posibilidad de movilizar el mobiliario, lo que dificultó la interacción y el desarrollo de las actividades. Por otra parte, los lugares asignados dependían de una persona para abrir el espacio, lo que dificultó, en ocasiones, el inicio en tiempo de la sesión.

En lo que respecta a la viabilidad de la metodología, en cada sesión se realizó el registro de los participantes por grupo, el primer grupo reportó un menor número de adolescentes que iniciaron y terminaron las sesiones de la intervención, tasa de participación del 63% ($IC = .19 - 1.06$), en cuanto al grupo número dos reportó una tasa de participación del 90% ($IC = .65 - 1.13$), en cuanto al grupo número tres registró una tasa de participación del 100% y finalmente el grupo cuatro reporta una

tasa de participación del 86% ($IC = .65 - 1.07$), de manera general se encuentra una tasa de participación del 85% ($IC = .73 - .97$) (Tabla 17).

Tabla 17

Asistencia por Sesión del Grupo de Intervención

No. De Grupo	Reclutamiento	S1	S2	S3	S4
1	8	8	8	5	5
2	10	9	9	9	9
3	8	8	8	8	8
4	14	14	12	12	12
Total	40	39	37	34	34

Nota: S1 = Sesión uno, S2 = Sesión dos, S3 = Sesión tres, S4 = Sesión cuatro

En el caso del grupo de comparación se registró en cada momento quienes completaron los cuestionarios, la tasa de participación del primer grupo fue de 0%, el segundo grupo de 69% ($IC = .40 - .98$), el tercer grupo fue de 100% y de manera general se obtuvo una participación en este grupo del 48% ($IC = .30 - .67$) (Tabla 18). Considerando ambos grupos, se obtuvo una tasa global de participación de 69% ($IC = .58 - .80$).

Tabla 18*Actividades Completadas del Grupo de Comparación*

No. De Grupo	Reclutamiento	Pre-test	Post-test	Seguimiento
1	12	12	0	0
2	13	13	9	9
3	6	6	6	6
Total	31	31	15	15

Nota: Se consideraron actividades completadas los cuestionarios que fueron respondidos en cada momento de manera completa y en el tiempo estipulado.

Los motivos de deserción en el grupo de intervención estuvieron asociados a actividades escolares con un 15%, aunque se contó con el apoyo institucional se notó la falta de sensibilización al personal docente sobre el programa para que la asistencia fuera permitida. Otra causa fue debido a que no completaron los cuestionarios de seguimiento con un 7.5% (Tabla 19).

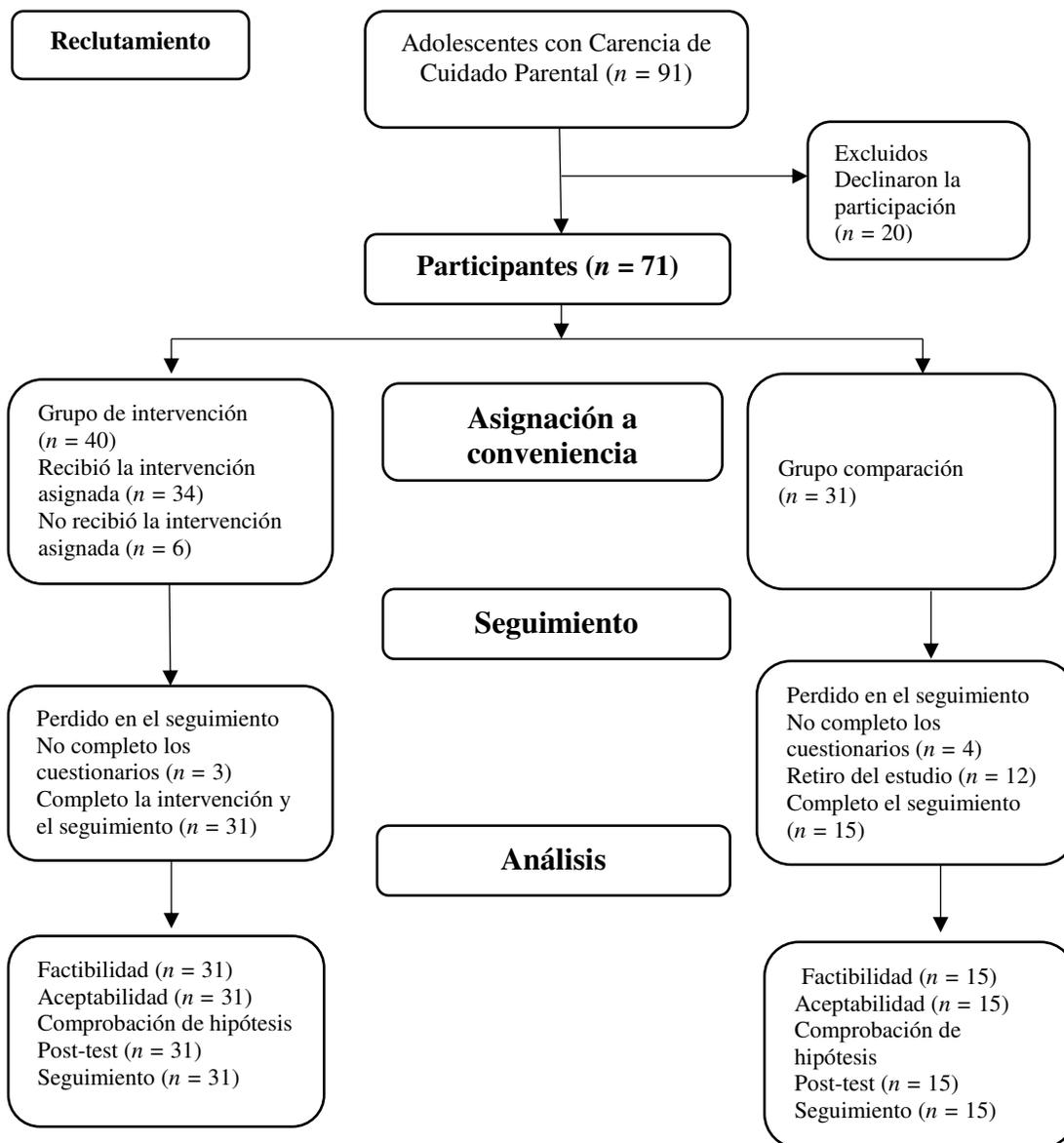
Tabla 19*Motivos de Abandono de los Participantes del Estudio*

Variable	Total (n = 46)		Grupo de Intervención (n = 31)		Grupo de Comparación (n = 15)	
	f	%	f	%	f	%
Retiro del estudio	12	16.9	0	0	12	38.7
No completaron los cuestionarios	7	9.9	3	7.5	4	12.9
Actividades escolares	6	8.5	6	15	0	0

Nota: En la variable retiro del estudio corresponde a los participantes de una institución que decidió no seguir participando. Las actividades escolares se incluyen visitas guiadas a instituciones de educación superior, promoción de becas para la educación superior y elaboración de tareas y proyectos finales.

El abandono en el grupo de comparación se midió como el porcentaje de participantes que fueron perdidas al seguimiento sobre el total de participantes que inicialmente fueron reclutados, el grupo 1 reporta una deserción del 100%, el grupo dos una tasa de deserción del 31% ($IC = .02 - .60$), se obtuvo una tasa de deserción general en este grupo del 52% ($IC = .33 - .70$) (Tabla 19).

Las causas de deserción del grupo de comparación, estuvieron asociadas al retiro del estudio con un 38.7%, debido a cambio de administración de la institución posterior al primer momento y a que no completaron los cuestionarios con un 12.9% (Tabla 19) (Figura 5). Se obtuvo una de deserción global en ambos grupos del 31% ($IC = .20$ al $.42$).

Figura 5*Diagrama de Flujo de Participantes*

Nota: Se muestran el reclutamiento de los participantes, la asignación a conveniencia realizada por el investigador principal a los grupos de intervención y control, así como las pérdidas al seguimiento y la conformación de la muestra final para realizar el análisis de los datos.

Resultados de Aceptabilidad

La aceptabilidad se evaluó tomando en cuenta el grado en que los participantes reciben la intervención y la consideran adecuadas, se evaluaron aspectos como el contenido, organización, interés por recomendar la intervención, el beneficio de la intervención para otros adolescentes, el desempeño del instructor, las actividades y el tiempo de la intervención, así como de cada sesión.

En la tabla 8 se reporta que 64.5% estuvo totalmente de acuerdo en cuanto al contenido del curso, 80.6% encontró el curso de su interés, 77.4% estuvo totalmente de acuerdo con la organización del curso, 54.8% estuvo de acuerdo en que el curso podría ser del interés de otros compañeros, 87.1% estuvo totalmente de acuerdo en los beneficios para otros adolescentes, 83.9% encontró que el instructor resolvió sus dudas y creó un ambiente de confianza, con respecto al tiempo del curso 74.2% estuvo totalmente de acuerdo en que fue adecuado, 83.9% reportó estar totalmente de acuerdo en cuanto a las actividades planeadas y 25.8% estuvo de acuerdo en el tiempo de la sesión (Tabla 20).

Tabla 20

Resultados de Aceptabilidad de la Intervención

Variable		<i>f</i>	%
Contenido del curso novedoso	En desacuerdo	1	3.2
	De acuerdo	10	32.3
	Totalmente de Acuerdo	20	64.5
Contenido del curso fue de interés	De acuerdo	6	19.4
	Totalmente de Acuerdo	25	80.6

Nota: $n = 31$, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Resultados de Aceptabilidad de la Intervención (Continuación...)

Variable		<i>f</i>	%
Organización del curso	En desacuerdo	2	6.5
	De acuerdo	5	16.1
	Totalmente de Acuerdo	24	77.4
Interés a mis compañeros	En desacuerdo	3	9.7
	De acuerdo	17	54.8
	Totalmente de Acuerdo	11	35.5
Beneficio para otros adolescentes	De acuerdo	4	12.9
	Totalmente de Acuerdo	27	87.1
Instructor resolvió dudas	De acuerdo	5	16.1
	Totalmente de Acuerdo	26	83.9
Ambiente de confianza	De acuerdo	5	16.1
	Totalmente de Acuerdo	26	83.9
El tiempo del curso	En desacuerdo	1	3.2
	De acuerdo	7	22.6
	Totalmente de Acuerdo	23	74.2
Actividades planeadas	De acuerdo	5	16.1
	Totalmente de Acuerdo	26	83.9
Tiempo de la sesión	En desacuerdo	2	6.5
	De acuerdo	8	25.8
	Totalmente de Acuerdo	21	67.7

Nota: $n = 31$, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Respuestas a Hipótesis

Para responder a la hipótesis uno, la cual menciona que los adolescentes CCP que participen en la intervención reportaran mayor resiliencia psicológica con respecto al post-test, seguimiento y el grupo de comparación. La escala indica que, a mayor puntuación, mayor resiliencia psicológica. Los participantes presentaron en el pre-test una mediana de 47.61, mientras al post-test fue de 50.00 y al seguimiento de 28.57, lo que implica niveles bajos de resiliencia en todas las mediciones, además mostró una tendencia hacia la disminución. Para observar si hubo diferencias al post-test, se aplicó la prueba de Friedman la cual muestra que hubo diferencias significativas en al menos dos mediciones $\chi^2 = 41.37$ ($p < .001$), al analizar las comparaciones por grupos se muestran diferencias al seguimiento con respecto al pre-test ($p < .001$) y con el post-test ($p < .001$) (Tabla 21) con un tamaño de efecto mediano. En cuanto al grupo de comparación al realizar la prueba de Friedman no muestra diferencias significativas en ningún momento $\chi^2 = .667$ ($p > .05$) (Tabla 22).

En lo que respecta a la diferencia de resiliencia entre el grupo de intervención y de comparación se realizó la prueba U de Mann-Whitney en las mediciones pre-test ($U = 167.50$, $z = -1.52$, $p > .05$) (Tabla 23) y post-test ($U = 184.50$, $z = -1.52$, $p \geq .260$) (Tabla 24) no se encontraron diferencias entre ambos grupos. En cuanto al seguimiento se encontraron diferencias significativas ($U = 10.50$, $z = -5.21$, ($p < .001$) con un tamaño de efecto moderado ($r = .66$), es decir que, el grupo de comparación mostró mejores niveles índices de resiliencia, sin embargo, cabe destacar que ambos grupos muestran índices bajos de resiliencia (Tabla 25).

Tabla 21

Prueba Friedman para Determinar la Diferencia entre los Momentos de la Medición en el Grupo de Intervención

Variable	Pre-test		Post-test		Seguimiento		χ^2	p	w
	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>			
Escala de Resiliencia (ER-14)	47.61	17.86	50 ^a	17.86	28.57 ^b	8.33	41.37	.001	.66
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	20.16	19.12	10.08 ^c	7.77	9.66 ^b	10.29	25.20	.001	.40
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	24.39	13.59	19.51 ^c	11.50	18.11 ^b	11.15	19.41	.001	.31
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	56.73	19.23	75.00 ^c	23.08	73.07 ^b	29.81	40.63	.001	.65
Escala de Intención	75.00	20.00	80.00 ^c	5.00	80.00	15.00	12.94	.002	.20
Cuestionario de Conducta Sexual Segura ^d	54.34	24.64	52.17	19.93	51.44	16.67	1.72	.423	.08

Nota: $n = 31$, Mdn = Mediana, X^2 = *Chi Cuadrada*, p = significancia estadística, w = tamaño del efecto, se calculó con W de Kendall. La diferencia entre mediciones se calculó mediante la prueba de Fisher, es significativa en $p < .05$.

^a Comparación entre pareja post-test y seguimiento $p < .001$

^b Comparación entre pareja pre-test y seguimiento $p < .001$

^c Comparación entre pareja pre-test y post-test $p < .05$

^d Se realizó el análisis con $n = 10$, la cual corresponde a los adolescentes que iniciaron actividad sexual.

Para dar respuesta a hipótesis número dos, la cual menciona que los adolescentes CCP que participen en la intervención reportaran mayor conocimiento para la conducta sexual segura, con respecto al post-test, el seguimiento y al grupo de comparación, se utilizó la prueba de Friedman para las comparaciones entre el mismo grupo y la *U* de Mann-Whitney para grupos independientes. Los resultados de esta variable indican que, a menor puntuación, mayor conocimiento. En lo que respecta en la comparación de muestras relacionadas en el grupo de intervención, se obtuvo una mediana en el pre-test de 20.16 mientras que al pos-test de 10.08 y al seguimiento de 17.86, estos resultados implican que hubo un aumento en el conocimiento. En el análisis de Friedman para muestras relacionadas se reporta un valor de $\chi^2 = 25.20$, $p < .001$, lo que muestra diferencias significativas en algún momento, en las comparaciones por grupo se observa diferencias significativas únicamente al post-test ($p < .001$) y el seguimiento ($p < .001$) con respecto del pre-test con un tamaño de efecto pequeño ($w = .40$) (Tabla 21). En cuanto al grupo de comparación, no se encuentran diferencias significativas en ningún momento ($\chi^2 = .667$, $p > .05$) (Tabla 22).

En lo que corresponde a la diferencia de conocimiento de conducta sexual segura entre el grupo de intervención y comparación se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney para muestras independientes, de las cuales no se observaron diferencias significativas al pre-test ($U = 227.00$, $z = -1.29$, $p > .05$) (Tabla 23), post-test ($U = 173.50$, $z = -1.38$, $p > .05$) (Tabla 24) o seguimiento ($U = 164.50$, $z = -1.59$, $p > .05$) (Tabla 25).

Tabla 22

Prueba Friedman para Determinar la Diferencia entre los Momentos de la Medición en el Grupo de Comparación

Variable	Pre-test		Post-test		Seguimiento		χ^2	p	w
	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>			
Escala de Resiliencia (ER-14)	54.76	10.71	53.57	7.14	54.76	8.33	.667	.717	.02
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	18.06	21.85	13.86	21.43	12.39	12.82	2.56	.278	.08
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	22.29	14.98	17.77	20.56	22.99	26.83	3.20	.201	.10
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	56.73	15.38	59.61	12.50	63.46	13.46	4.50	.105	.15
Escala de Intención Conductual	90.00	35.00	95.00	25.00	90.00	20.00	.286	.867	.01

Nota: $n = 15$ *Mdn* = Mediana, X^2 = Chi Cuadrado, p = significancia estadística, w = tamaño del efecto, se calculó con W de Kendall. La diferencia entre mediciones se calculó mediante la prueba de Fisher, es significativa en $p < .05$.

Para dar respuesta a la hipótesis número tres, la cual indica que los participantes de la intervención reportan mayor actitud hacia la conducta sexual segura, respecto al post-test, al seguimiento y al grupo de comparación se realizó la prueba de Friedman para la comparación de muestras relacionadas y la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes. Los resultados de esta variable indican

que a mayor puntuación menor actitud hacia la conducta sexual segura. En cuanto a las comparaciones entre las mediciones del grupo de intervención se observó una mediana de 24.39 al pre-test, 19.51 al post-test y de 18.11 en el seguimiento, lo cual indica un incremento en la variable. La prueba estadística de Friedman muestra un valor de $\chi^2 = 19.44$ ($p < .001$) con un tamaño de efecto moderado ($w = .10$), lo que indica diferencia significativa en al menos un momento, al revisar las diferencias por grupo se observan diferencias al post-test ($p < .001$) y seguimiento ($p < .001$) (Tabla 21). En el grupo de comparación no se observan diferencias significativas en ningún momento ($\chi^2 = 3.20$, $p > .05$) (Tabla 22).

Al realizar la comparación entre grupo de intervención y grupo de comparación, no se observan diferencias significativas en ningún momento ($p > .05$) (Tabla 23, 24 y 25).

Tabla 23

Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Pre-Test

Variable	Grupo de Intervención ($n = 31$)		Grupo de Comparación ($n = 15$)		U	z	p	r
	Mdn	Rango	Mdn	Rango				
Escala de Resiliencia (ER-14)	47.61	17.86	54.76	10.70	167.50	-1.52	.127	.36

Nota: Mdn = Mediana, z = puntuación z , U = U de Mann Whitney, p = Significancia estadística, r = tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con r de Rosenthal. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba U de Mann Whitney, es significativa en $p < .05$.

Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Pre-Test (Continuación...)

Variable	Grupo de Intervención (n=31)		Grupo de Comparación (n=15)		U	z	p	r
	Mdn	Rango	Mdn	Rango				
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	20.16	69.12	18.06	67.86	227.0	-1.29	.897	.48
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	24.39	87.80	22.29	82.23	215.50	-.399	.690	.46
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	47.61	174.86	54.76	8.33	219.50	-.305	.760	.47
Escala de Intención Conductual	75.00	45.00	90.00	50.00	113.00	-2.83	.005	.24

Nota: Mdn = Mediana, z = puntuación z, U = U de Mann Whitney, p = Significancia estadística, r = tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con r de Rosenthal. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba U de Mann Whitney, es significativa en $p < .05$.

Para dar respuesta a la hipótesis número cuatro la cual menciona que los adolescentes CCP que participen en el estudio, reportan mayor autoeficacia para la conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y al grupo de comparación, se utilizó estadística no paramétrica. La escala de esta variable indica que, a mayor puntuación, mayor autoeficacia. La medición pre-test muestra una mediana de 56.73, en el post-test 75.00 y en el seguimiento 73.07, lo que indica un

aumento en esta variable con respecto a la primera medición. Se realizó el análisis de los datos con la prueba estadística de Friedman la cual reporta una $\chi^2 = 40.63$ ($p < .001$), es decir, se observan diferencias en algún momento, posteriormente se revisan las diferencias por grupos y se observa una diferencia en las mediciones al post-test ($p < .001$) y al seguimiento ($p < .001$) con respecto de la primera medición, con un tamaño de efecto moderado ($w = .65$) (Tabla 21). En el grupo de comparación no se observan diferencias significativas en ningún momento ($\chi^2 = 4.50$, $p > .05$) (Tabla 22).

En las comparaciones realizadas para muestras independientes, tanto grupo de comparación como de intervención, se utilizó estadística no paramétrica. Los resultados de la U de Mann-Whitney muestran que solamente se encontraron diferencias significativas al post-test ($U = 83.00$, $z = -3.50$ ($p < .001$) con un tamaño de efecto pequeño ($r = .17$) (Tabla 24).

Para dar respuesta a la hipótesis número cinco la cual menciona que los adolescentes CCP que participen en el estudio reportan mayor intención de conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y con respecto al grupo de comparación, se realizaron previamente pruebas de normalidad y los datos muestran una dispersión no normal, por lo que se utiliza estadística no paramétrica. La medición de esta variable indica que, a mayor puntaje mayor intención. En cuanto a las medianas en cada momento se obtiene 75 en el pre-test, al post-test 80 y al seguimiento 80, es decir que se observa un incremento en la variable. Los resultados de la prueba de Friedman arrojan un $\chi^2 = 12.49$ ($p < .01$), lo cual indica que hubo diferencia en al menos un momento, al observar las diferencias por grupos, se encuentra una diferencia significativa al pre-test y post-test ($p < .05$) con un tamaño

de efecto pequeño ($w = .20$) (Tabla 21). En el grupo de comparación no se observan diferencias significativas en ningún momento ($\chi^2 = .286, p > .05$) (Tabla 22).

Tabla 24

Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Post-Test

Variable	Grupo de Intervención ($n = 31$)		Grupo de Comparación ($n = 15$)		U	z	p	r
	Mdn	Rango	Mdn	Rango				
Escala de Resiliencia (ER-14)	50.00	17.86	53.57	7.14	184.50	-1.12	.260	.39
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	10.08	91.18	13.86	94.96	173.50	-1.38	.167	.37
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	19.51	90.59	17.77	87.80	221.50	-.258	.797	.47
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	50.00	17.86	53.57	7.14	83.00	-3.50	.001	.17
Escala de Intención Conductual	80.00	35.00	95.00	50.00	106.00	-2.80	.005	.25

Nota: Mdn = Mediana, z = puntuación z , U = U de Mann Whitney, p = Significancia estadística, r = tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con r de Rosenthal. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba U de Mann Whitney, es significativa en $p < .05$.

En cuanto a la diferencia entre grupos, se utilizó estadística no paramétrica en todas las comparaciones. La prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes al pre-test, muestra una ($U = 113.00, z = - 2.83, p < .01$) (Tabla 23), en lo que respecta al post-test se reporta una ($U = 106.00, z = - 2.80, p < .01$) (Tabla 24) y al seguimiento ($U = 106.00, z = - 1.98, p < .05$) (Tabla 25), es decir que, se muestra una diferencia entre los grupos en las tres mediciones con tamaños de efecto pequeños.

Para dar respuesta a la hipótesis número seis la cual menciona que los adolescentes CCP con vida sexual activa que participen en la intervención, reportan mayor conducta sexual segura con respecto al post-test, al seguimiento y con respecto al grupo de comparación, se utilizó estadística no paramétrica debido al tamaño de muestra y previo análisis de normalidad. Cabe mencionar que solo se analizaron a los participantes que reportar haber iniciado su vida sexual. La medición de esta variable indica que, a mayor puntaje, mayor frecuencia de conducta sexual segura. Los resultados arrojan que la mediana al pre-test fue de 54.34, mientras que al post-test fue de 52.17 y en el seguimiento de 51.44, aunque se observa una ligera disminución en los puntajes, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las mediciones ($\chi^2 = 1.72, p > .05$) (Tabla 21). No se realizó el análisis de diferencias en el grupo de comparación en los tres momentos, dado que no se cuenta con suficiente muestra.

En cuanto a la comparación entre grupos de la variable de conducta sexual segura, no fue posible realizarlo, debido a que el grupo de comparación no cuenta con la suficiente muestra para llevar a cabo dichos análisis.

Tabla 25

Prueba U Mann-Whitney para Determinar Diferencia entre el Grupo de Intervención y Grupo de Comparación en el Seguimiento

Variable	Grupo de Intervención (n = 31)		Grupo de Comparación (n = 15)		U	z	p	r
	Mdn	Rango	Mdn	Rango				
Escala de Resiliencia (ER-14)	28.57	8.33	54.76	8.33	10.50	-5.21	.001	.02
Conocimiento de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	9.66	93.91	12.39	93.49	164.50	-1.59	.111	.35
Actitud de salud sexual, reproductiva VIH/SIDA/ITS, uso de condón	18.11	91.64	22.99	57.84	202.50	-.703	.482	.43
Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes	73.07	57.69	63.46	58.65	179.50	-1.24	.214	.38
Escala de Intención Conductual	80.00	30.00	90.00	60.00	106.00	-3.10	.002	.22

Nota: Mdn= Mediana, z= puntuación z, U = U de Mann Whitney, p= Significancia estadística, r= tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con r de Rosenthal. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba U de Mann Whitney, es significativa en $p < .05$.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados obtenidos en el desarrollo y la implementación de la intervención para la conducta sexual segura en adolescentes con Carencia de Cuidado Parental (CCP). En primer lugar, se discute sobre la percepción de educación sexual en adolescentes con CCP el desarrollo de la intervención, resultados de expertos. En tercer lugar, se realiza la discusión de los objetivos de factibilidad y aceptabilidad. En cuarto lugar, se discuten los resultados descriptivos y finalmente las hipótesis de la intervención.

De acuerdo a la percepción de educación sexual en adolescentes CCP los resultados cualitativos muestran algunas de las características de este grupo poblacional, entre ellas se encuentran las necesidades por las que requieren ser institucionalizados, al respecto Huynh et al., (2020) menciona que han sido identificados distintos factores para el cuidado fuera de su entorno familiar, entre ellos se encuentra la pobreza y la disfunción familiar (divorcio, separación, muerte de los progenitores, abandono, migración o negligencia).

Se ha manifestado por los informantes que la necesidad de institucionalización generalmente conllevan experiencias traumáticas o potencialmente traumáticas, considerando lo anterior se concuerda con Levey (2017), quien comenta que los adolescentes con CCP frecuentemente tienen historias de maltrato antes de llegar al entorno institucional, es importante reconocer que el abuso y la negligencia que experimenta este grupo poblacional es mayor debido a sus condiciones de vulnerabilidad, y que estas condiciones de maltrato tiene implicaciones en el desarrollo, salud y bienestar de los adolescentes.

Nnama y Okoye (2019), menciona que el riesgo no radica en el inicio de la actividad sexual, sino que no se cuente con la información, estrategias y formación para tener una salud sexual saludable, responsable y placentera, e identifica como un factor de protección la comunicación y el apoyo familiar para la educación sexual y el desarrollo integral del adolescente.

En cuanto a la incapacidad de la institución, cuidadores y referentes familiares para satisfacer necesidades de los adolescentes de educación sexual, Juma et al. (2013), mencionan que puede ser explicada por la ignorancia de las necesidades de los adolescentes o por falta de recursos para proveerlas, específicamente se observan aquellos relacionados con la capacitación y entrenamiento dirigido a cuidadores, referentes familiares y directivos de estas instituciones. Sin embargo, se encuentra que existen elementos que pueden fortalecer el camino hacia la educación sexual de manera integral, los participantes mencionan que la institucionalización permite que los adolescentes empiecen a construir expectativas del futuro más positivas, al respecto la teoría de activos menciona que un aumento en la producción de activos puede impactar positivamente en el comportamiento, motivándolos en generar actitudes que protejan contra los efectos negativos en el futuro. Es decir que, al proveer de apoyo psicosocial, genera creencias más positivas sobre el futuro y en consecuencia genera mejores expectativas (Jennings et al., 2016).

Mohammeadzadeh et al., (2018), mencionan que los adolescentes con CCP enfrentan dificultades en situaciones de la vida diaria, puesto que no cuentan con un modelo apropiado para aprender a superar los conflictos que se presenten. A través de los relatos se encontró que las instituciones de cuidado proveen de habilidades y

estrategias que protegen del impacto que generan los cambios que acontecen en su vida, ayudan a mejorar la salud mental, psicológica y física.

Finalmente, otro de los recursos para apoyo a la salud sexual dentro del contexto de la institucionalización es el cuidador principal, quien tiene un efecto en el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescente con CCP, al respecto Gabatz (2018), menciona la importancia de brindar afecto, sin embargo, por lo que implica al cuidador, puede no profundizar en los lazos limitándose a actividades asistenciales y en ocasiones instrumentalizadas. Las relaciones significativas con los otros (padres, cuidadores, maestros y pares) ejercen una influencia en la formación del auto concepto y este a su vez está ligado a distintos efectos a largo plazo en la vida de las personas. Aunque la institución provea un espacio de seguridad o educación, las necesidades emocionales son más difíciles de satisfacer, pero indispensables para el desarrollo adecuado incluyendo la construcción de una sexualidad saludable (Vacaru et al., 2018).

Con respecto a la factibilidad tomando en cuenta los indicadores como acceso, reclutamiento, retención y asistencia, se puede determinar que la intervención para promover la conducta sexual es factible, aunque se encuentra una gran pérdida de participantes del grupo de comparación, se obtuvo una participación aceptable del grupo de intervención, sin embargo, para que sea factible requiere de la sensibilización y del apoyo institucional, esto coincide con Dunbar et al (2010), en su estudio, donde reporta una participación similar en una intervención que tenía por objetivo aumentar las habilidades de prevención de VIH. En la literatura se encuentran pocos estudios de intervención sobre salud sexual y reproductiva, dirigidos a esta población, lo que puede indicar dificultad para tratar estos temas con

la población más vulnerable, la mayoría de los estudios se enfocan en la salud mental, calidad del cuidado y apoyo social, como los estudios realizados por Harding et al. (2019) y Sharp et al. (2022), los cuales resultan factibles y aceptables con porcentajes mayores.

En términos de aceptabilidad, la intervención resultó ser atractiva para los adolescentes en cuanto al contenido, el cual fue de interés para los adolescentes, así como la organización de los materiales y el tiempo, así como que la intervención se llevará a cabo en entornos escolares, resultados son similares a lo reportado por Widman et al. (2017), quienes obtuvieron resultados aceptables en un programa de prevención de VIH/ITS llevada a cabo en entornos escolares, además los resultados de este estudio muestran un gran porcentaje de estudiantes que recomendarían el programa, el presente estudio difiere con estos autores, debido a que la mayoría piensa que no sería de interés para otros compañeros, a pesar de considerar que puede tener beneficios para otros adolescentes, esto puede ser debido a que intervenciones basadas en la web o en tecnología, resultan ser más atractivas. En el presente estudio se reporta una media de edad de 16.83 años, lo que coincide con el estudio realizado por Oman et al. (2016), lo que sugiere que la etapa temprana de la adolescencia es idónea para brindar educación para la salud sexual y promover la prevención de conductas sexuales de riesgo. En lo que respecta al tiempo de CCP, se obtuvo una media de 14.22 años, lo que difiere al estudio realizado por Thurman et al. (2006), en el que la mayoría de los adolescentes reportaron ser mayores de 11 años al momento de la CCP, además menciona en su estudio, que los adolescentes que tienen algún tipo de CCP, se asocian con inicio de actividad sexual, comparado a sus contrapartes. En cuanto al sexo de los participantes en el presente

estudio estuvo conformado en su mayoría por masculinos, lo que coincide con el trabajo de Thurman et al. (2016), en el cual la muestra reporta un mayor porcentaje de participantes masculinos, cabe destacar que diversos estudios han demostrado como el estatus de orfandad afecta de diferente manera hombres y mujeres, lo que puede sugerir que requieren intervenciones que consideren estas diferencias (Fite & Cherie, 2016; Mkandawire, 2017).

Con respecto al tipo de CCP, en el presente estudio se observa que un poco más de la mitad reporta CCP de padre, lo que coincide con Thurman et al. (2016), en el que la muestra se conformó en su mayoría por adolescentes con CCP de padre, este hecho debe considerarse además para futuras intervenciones que aborden la calidad de la relación y comunicación sobre aspectos relacionados con la sexualidad donde se considere a los referentes familiares, específicamente a las madres.

Por otra parte, además se evaluó la calidad del cuidado estructural, la cual se conforma por tener un adulto que me cuida, un espacio propio, alimentación tres veces al día y contar con un servicio médico la mayoría de los participantes del presente reportó que cuenta con lo anterior, al respecto Melesse et al. (2020), comenta que las inequidades en educación, residencia y el estatus socioeconómico (cuartiles más bajos) de poblaciones más vulnerables repercuten en resultados menos favorecedores de la salud sexual, como inicio de vida sexual a más temprana edad.

Además, se abordó la variable calidad de la relación con el referente familiar, esto debido a que representa un recurso importante para la prevención de conductas sexuales de riesgo, en este estudio se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que puede tener implicaciones en varios aspectos, como mayor resiliencia psicológica y mejor comunicación sobre aspectos relacionados a la

sexualidad, al respecto el estudio de Fernández et al. (2017), sugiere que los padres tienen mejor disposición para hablar sobre estos aspectos que los hijos, lo que puede sugerir la necesidad de incorporar a los referentes familiares en intervenciones con adolescentes para mejorar la salud sexual.

En cuanto a la edad de inicio de salud sexual, se obtuvo una media de 15.49 años, y una media de 2.91 parejas y más de la mitad del sexo masculino, lo que coincide con lo reportado por Rosen et al. (2022), en el que la mayor parte de los participantes reportan haber iniciado vida sexual antes de los 15 años, siendo en su mayoría masculinos y al menos un 10% de la muestra reporta múltiples parejas sexuales en el año anterior.

Los participantes reportaron sufrir al menos un EPT, observar agresión verbal representó el porcentaje más alto, seguido de observar agresión física o haber experimentado agresión verbal, en cuanto a las demás formas de EPT, se encuentran por debajo de la mitad, al respecto Gray et al. (2016), menciona que los adolescentes CCP, tienen mayor exposición a estos eventos, haber experimentado alguna de estas situaciones aumenta la probabilidad de mantener una relación sexual reciente y menos probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos. Esto sugiere que las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional deben integrar componentes para el desarrollo psicoafectivo.

En cuanto a la resiliencia psicológica, se observan bajos niveles en todas las mediciones, contrario a lo que reporta Rew et al. (2017), esto puede ser explicado por qué el desarrollo de la resiliencia psicológica es un proceso complejo, el cual debe considerar variables como la esperanza, el optimismo, la gratitud, satisfacción de vida y conexión social. Sin embargo, LoVette et al. (2022) explica que la resiliencia

se encuentra mediada por el apoyo social y sexo transaccional en adolescentes vulnerables, específicamente el apoyo social de una persona especial, lo que tiene importantes implicaciones para la creación de intervenciones para este grupo poblacional.

La intervención logro aumentar el nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva en el grupo de intervención, lo anterior concuerda con Fite y Cherie (2016) y Mkandawire et al. (2017). La variable de conocimiento de salud sexual y reproductiva es asociada con uso de condón, Fernández-García et al., (2022), comenta que los adolescentes con CCP, tienden a tener menor conocimiento comparado con sus contrapartes y esto a su vez se relaciona con la falta de uso de condón en el caso de las femeninas. En este sentido es importante resaltar esta variable como componente de intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.

La intervención logro aumentar la actitud hacia la conducta sexual segura en el grupo de intervención, el cual mostró diferencias significativas únicamente al post-test y el seguimiento, estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Oman et al. (2016), en el cual se observa una diferencia significativa en esta variable. Esto sugiere que intervenciones para aumentar esta variable han resultado efectivas en el cambio de conducta. El desarrollo de la salud sexual involucra diversos dominios, entre ellos las creencias o actitudes hacia el uso de condón, ITS/SIDA y la conducta sexual segura, considerando que estos aspectos están influidos fuertemente por la familia, en el caso de adolescentes CCP, las actitudes pueden desarrollarse de manera negativa, por lo que es importante que se siga considerando en intervenciones dirigidas a esta población (Fernández-García et al., 2022).

La intervención permitió que los adolescentes del grupo de intervención tuvieran mayor autoeficacia al post-test y el seguimiento, así mismo se encontraron diferencias entre ambos grupos únicamente al post-test, los resultados coinciden con lo reportado en la intervención aplicada por Oman et al. (2016), a adolescentes CCP, además, esto sugiere que los programas de intervención puede mejorar significativamente variables que intervienen en la conducta sexual, como la autoeficacia, la cual está asociada con tomar mejores decisiones de comportamiento sexual.

En relación a la intención se encontraron diferencias significativas entre ambos grupo, y aunque hubo un aumento de la intención al post-test y el seguimiento, esta no puede atribuirse a la intervención, dado que ya existían diferencia en un primer momento, Broaddus et al. (2011), propone una extensión del modelo de conducta planeada, en el que menciona que el efecto de las intenciones en uso de condón, depende en la dirección y estabilidad de esas intenciones, en su estudio describe que las intenciones fueron mayores en el sexo femenino. Esto, debe considerarse en futuras intervenciones, para medir no solo la intención hacia la conducta sexual segura, sino la dirección y la fuerza de las mismas. Otro aspecto a considerar, es que la intención hacia la conducta sexual segura se asocia negativamente con tener una pareja estable.

Finalmente, respecto a la conducta sexual segura no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las mediciones, estos resultados difieren de lo reportado en la intervención de Finigan-Carr et al. (2021), el cual muestra una diferencia significativa en el uso de condón en los tres meses anteriores. Al igual que la intención de la conducta sexual, tener una pareja sexual estable se asocia

negativamente con el uso del condón (Broaddus et al., 2011), esto sugiere considerar a las parejas de los adolescentes en futuras intervenciones, sobre todo aspectos como negociación de uso de condón y comunicación sexual.

Conclusiones

El presente estudio muestra los resultados del desarrollo y evaluación de una intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental. En cuanto a la factibilidad se puede considerar posible de realizar un ensayo clínico aleatorizado, sin embargo, requiere de la sensibilización de referentes familiares, cuidadores principales y directivos de instituciones educativas y de cuidado para este grupo poblacional. En cuanto a la aceptabilidad de la intervención, resultó ser adecuada para los adolescentes, especialmente organización de las actividades, en las cuales se incluyeron, actividades lúdicas, juegos de roles, modelamiento y los espacios de reflexión. Aunque estos resultados son al corto tiempo, son prometedores, en el sentido que se obtiene conocimiento sobre cómo ayudar a la población adolescente más vulnerable.

Este estudio es dirigido a una población que, por sus características de vulnerabilidad se dificulta el acceso, esto se evidencia además por la poca literatura que se encuentra en torno a este grupo poblacional. Se sugieren estudios que amplíen el campo de conocimiento, sobre todo en comunidades latinas.

La intervención resultó ser efectiva pues se aumentaron la mayoría de las variables del estudio al post-test y al seguimiento cuando se realizó la comparación en el mismo grupo. En el caso de las comparaciones entre grupos se observaron diferencias significativas en la variable de autoeficacia e intención, sin embargo, esta

última no puede atribuirse a la intervención, dado que existían diferencias al pre-test entre ambos grupos.

Cabe desatacar que la sensibilización de las autoridades que trabajan con este grupo poblacional es primordial, deben fomentarse el acercamiento con adolescentes más vulnerables para disminuir las brechas de inequidad en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

Limitaciones

Es importante mencionar que el proceso de reclutamiento, así como la entrega de la intervención se realizó mientras se levantaron las medidas de aislamiento estricto durante la pandemia de COVID-19, sin embargo, ante el miedo y la desconfianza el acceso a la población se vio limitado.

Otro aspecto que limitó el acceso a la muestra fueron los prejuicios, falta de habilidades y herramientas relacionadas a la comunicación y educación sexual, así como el miedo de introducir estas temáticas por parte de la institución que brinda cuidado a este grupo poblacional.

Aunque existió un buen número de participantes en el grupo de intervención, se observa una disminución considerable en el número de participantes del grupo de comparación, lo que significa una limitación el tamaño de la muestra, no obstante, el presente estudio deja claro que la educación sexual en este grupo población es una necesidad preponderante.

Otra limitación importante fue el espacio asignado para la intervención, el cual fue de tipo auditorio y posiblemente limitó el intercambio de ideas y la posibilidad de generar un ambiente de confianza. Los espacios tipo aula que permiten la reubicación del mobiliario podrían ser más adecuados.

Las actividades escolares planeadas como exámenes, proyectos finales, visitas guiadas a instituciones de educación superior, reuniones institucionales y días festivos fueron una limitante para llevar a cabo las sesiones como se planearon, es decir, una por semana, lo que extendió la entrega de la intervención y pudo perderse la continuidad.

Finalmente, el tiempo requerido para contestar los cuestionarios resulta ser una limitante importante en dos sentidos, primero que resulte tediosos responder los cuestionarios y esto aumente la posibilidad de sesgo y segundo, que existan perdidas al seguimiento.

Recomendaciones

Es importante continuar con el trabajo y acercamiento a adolescentes más vulnerables, para identificar otros factores que influyen en la conducta sexual de esta población.

Además, debe considerarse realizar acercamientos con enfoque cualitativo para explorar otros elementos que puedan añadirse a la intervención, así mismo, valorar la posibilidad de utilizar un enfoque basado en la web o en tecnología que puedan resultar más atractivos para esta población.

Por otra parte, en futuros estudios debe considerarse factores como la habilidad de comunicar las necesidades de salud sexual y reproductiva, y mejorar la calidad de la relación entre cuidadores principales, maestros y referentes familiares. Por ello se recomienda incluir un componente que aborde a los participantes en el proceso de formación del adolescente CCP, para dotar de habilidades y herramientas que promuevan la educación sexual y disminuir las barreras del reclutamiento.

También es indispensable considerar los efectos que tienen las necesidades de institucionalización como la pobreza, la violencia familiar y los problemas de salud física o mental en el desarrollo del adolescente, así como la capacidad que tiene la institución de satisfacer las necesidades de los mismos.

Es importante mencionar que, aunque la estrategia de realizar la intervención en entornos escolares permitió el acercamiento a la población, los centros de acogimiento de asistencia social podrían ser una mejor opción para garantizar el tiempo disponible de participación en la intervención y que no se vea afectado por otras actividades asignadas en el horario escolar.

Otro aspecto a considerar, es el origen de los participantes, se observó que muchos de los posibles participantes son de origen Raramurí, sin embargo, la población indígena cuenta con características específicas que deben integrarse en futuras intervenciones, como las creencias, el idioma, la influencia que ejerce la comunidad y los aspectos individuales.

Asimismo, es importante fomentar el desarrollo del trabajo multidisciplinar, como el área de psicología, para crear intervenciones que consideren aspectos de regulación emocional, resiliencia y toma de decisiones. La literatura ha mostrado que el desarrollo de la resiliencia psicológica ante eventos adversos puede ser un factor protector para conductas de riesgo, sin embargo, la resiliencia psicológica es un aspecto difícil de promover y requiere otros elementos como el apoyo social, el autoconocimiento y autoestima.

Es indispensable crear lazos entre las instituciones que actualmente trabajan con esta población, para identificar de manera conjunta necesidades de investigación que permitan incrementar el conocimiento sobre esta población.

Finalmente, se sugiere realizar un estudio controlado y aleatorizado para evaluar la efectividad de la intervención.

Referencias

- Abiodun, O., Sodeinde, K., Jagun, O., Ladele, A., Adepoju, A., Ohiaogu, F., Adelowo, O., Ojinni, O., Adekeye, J., Bankole, O., & Mbonu, F. (2021). Influence of Perception of Family Support and Functioning on Adolescent High-Risk Sexual Behavior. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *104*(3), 1153-1163. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0732>
- Agwu, A. (2020). Sexuality, Sexual Health, and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *Topics in Antiviral Medicine*, *28*(2), 459-462.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and human Decision Processes*, *50*, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). *Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research*. 31.
- Albertson, K., Crouch, J. M., Udell, W., Schimmel-Bristow, A., Serrano, J., & Ahrens, K. R. (2020). Caregiver-endorsed strategies to improving sexual health outcomes among foster youth. *Child & Family Social Work*, *25*(3), 557-567. <https://doi.org/10.1111/cfs.12726>
- Appiah, A. B., Tenkorang, E. Y., & Maticka-Tyndale, E. (2017). Modeling Beliefs, Attitudes, and Intentions of Condom Use Among Secondary School Students in Kenya. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(7), 1949-1960. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0966-9>
- Bandura, A. (1977a). *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. 25.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Prentice-Hall.

- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158-166.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Broaddus, M. R., Schmiege, S. J., & Bryan, A. D. (2011). An Expanded Model of the Temporal Stability of Condom Use Intentions: Gender-Specific Predictors among High-Risk Adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 99-110.
<https://doi.org/10.1007/s12160-011-9266-0>
- Cheng, C. M., & Huang, J. H. (2018). Moderating Effects of Sexual Orientation and Gender Characteristic on Condom Use Intentions Among Boys' Senior High School Students in Taiwan: An Exploration Based on the Theory of Planned Behavior. *Journal of Sex Research*, 55(7), 902-914.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1372354>
- Cluver, L., Orkin, M., Boyes, M., Gardner, F., & Meinck, F. (2011). Transactional sex amongst AIDS-orphaned and AIDS-affected adolescents predicted by abuse and extreme poverty. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 58(3), 336-343.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31822f0d82>
- Comisiones Unidas de Educación, Cultura, Física y Deporte, y de Igualdad, LXVII Legislatura. (2023). Dictamen. H. Congreso del Estado de Chihuahua.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjc-aWf44-AAxU1IkQIHZtpB344ChAWegQIEhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.congresochihuahua2.gob.mx%2Fbiblioteca%2Fdictamenes%2FarchivosDictamenes%2F12814.doc&usg=AOvVaw2GTJOZvWRgI5XbX7xvayTI&opi=89978449>

- Dancy, B. L., Crittenden, K. S., McCreary, L. L., & Norr, K. F. (2018). Predictors of Abstaining From Sex and of Using Condoms for Rural Malawian Female Adolescents. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 29(1), 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.09.013>
- Dilorio, C., Maibach, E., O'Leary, A., Sanderson, C. A., & Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in a geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 9(1), 1-13.
- Doubova, S. V., Infante-Castañeda, C., & Pérez-Cuevas, R. (2016). Internet-based educational intervention to prevent risky sexual behaviors in Mexican adolescents: Study protocol. *BMC Public Health*, 16, 343. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2990-4>
- Dunbar, M. S., Maternowska, M. C., Kang, M.-S. J., Laver, S. M., Mudekunye-Mahaka, I., & Padian, N. S. (2010). Findings from SHAZ!: A Feasibility Study of a Microcredit and Life-Skills HIV Prevention Intervention to Reduce Risk Among Adolescent Female Orphans in Zimbabwe. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38(2), 147-161. <https://doi.org/10.1080/10852351003640849>
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2):83-87. [doi:10.1177/089431849100400209](https://doi.org/10.1177/089431849100400209)
- Embleton, L., Nyandat, J., Ayuku, D., Sang, E., Kamanda, A., Ayaya, S., Nyandiko, W., Gisore, P., Vreeman, R., Atwoli, L., Galarraga, O., Ott, M. A., &

- Braitstein, P. (2017). Sexual Behavior Among Orphaned Adolescents in Western Kenya: A Comparison of Institutional- and Family-Based Care Settings. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(4), 417-424.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.015>
- Eversole, J. S., Berglas, N. F., Deardorff, J., & Constantine, N. A. (2017). Source of Sex Information and Condom Use Intention Among Latino Adolescents. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 44(3), 439-447.
<https://doi.org/10.1177/1090198116671704>
- Fennell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3065-3076.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14900>
- Fernández, A. M., McFarlane, M. N., González, R., Díaz, L., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-Bou, F., Varas-Díaz, N., & Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(1), 80.
- Fernández-García, O., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2022). Sexual Health among Youth in Residential Care in Spain: Knowledge, Attitudes and Behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12948. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912948>
- Finigan-Carr, N. M., Craddock, J. B., & Johnson, T. (2021). Predictors of condom use among system-involved youth: The importance of Sex Ed. *Children and*

Youth Services Review, 127, 106130.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2021.106130>

Fisher, J. D., Amico, K. R., Fisher, W. A., & Harman, J. J. (2008). The Information-Motivation-Behavioral Skills model of antiretroviral adherence and its applications. *Current HIV/AIDS Reports*, 5(4), 193-203.

<https://doi.org/10.1007/s11904-008-0028-y>

Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>

Fite, A. C., & Cherie, A. (2016). Risky Sexual Behavior and Its Determinants among Orphan and Vulnerable Children in Addis Ababa, Ethiopia. *World Journal of AIDS*, 06(04), 111-122. <https://doi.org/10.4236/wja.2016.64015>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Estado Mundial de la Infancia 2016. 184.

https://www.unicef.org/spanish/publications/index_91711.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2018). UNICEF para cada niño. Informe Anual México 2018.

<https://www.unicef.org/mexico/informes/informe-anual-unicef-m%C3%A9xico-2018>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2021, julio 15).

Adolescencia y Juventud. UNFPA México.

<https://mexico.unfpa.org/es/topics/adolescencia-y-juventud>

Gabatz, R. I. B., Schwartz, E., Milbrath, V. M., Carvalho, H. C. W. de, Lange, C., & Soares, M. C. (2018). Formation and disruption of bonds between caregivers

and institutionalized children. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(suppl 6), 2650-2658. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0844>

Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. Springer Publishing Company

Goodman, M. L., Selwyn, B. J., Morgan, R. O., Lloyd, L. E., Mwongera, M., Gitari, S., & Keiser, P. H. (2016). Sexual Behavior Among Young Carers in the Context of a Kenyan Empowerment Program Combining Cash-Transfer, Psychosocial Support, and Entrepreneurship. *Journal of Sex Research*, 53(3), 331-345. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1035429>

Gray, C. L., Whetten, K., Messer, L. C., Whetten, R. A., Ostermann, J., O'Donnell, K., Thielman, N. M., & Pence, B. W. (2016). Potentially traumatic experiences and sexual health among orphaned and separated adolescents in five low- and middle-income countries. *AIDS Care*, 28(7), 857-865. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1147013>

Green, J., Oman, R. F., Lu, M., & Clements-Nolle, K. D. (2017). Long-Term Improvements in Knowledge and Psychosocial Factors of a Teen Pregnancy Prevention Intervention Implemented in Group Homes. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 698-705. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.004>

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (Seventh).

Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, C. M. J., y Hidalgo-Vicario, M. I. (2017). *Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales | Pediatría integral*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

- Harding, R., Wei, G., Gwyther, L., & Miti, E. (2019). Improving psychological outcomes for orphans living with HIV in Tanzania through a novel intervention to improve resilience: Findings from a pilot RCT. *AIDS Care, 31*(3), 340-348. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1533630>
- Hartmann, C. F., Silva, L. N., Corrêa, M. L., Oliveira, G. F., Dutra, J. C., Ishikame, K. R., Pereira, L. B., Carvalho, F. T., & Dos Santos, P. S. (2021). Risky Sexual Behavior Among Street Children, Adolescents, and Young People Living on the street in southern Brazil. *Journal of Community Health*. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-01010-2>
- Hernández, C. A., Vásquez, O. M. A., Jiménez, P. R., & Zapata, A. C. A. (2020). Adaptación cultural y evaluación psicométrica del cuestionario de conducta sexual segura en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19*(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000700014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Huynh, H. V., Limber, S. P., Gray, C. L., Thompson, M. P., Wasonga, A. I., Vann, V., Itemba, D., Eticha, M., Madan, I., & Whetten, K. (2020). Factors affecting the psychosocial well-being of orphan and separated children in five low- and middle-income countries: Which is more important, quality of care or care setting? *PLOS ONE, 14*(6), e0218100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218100>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. gob.mx. Recuperado 14 de marzo de 2021, de <http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

- Jennings, L., Ssewamala, F. M., & Nabunya, P. (2016). Effect of savings-led economic empowerment on HIV preventive practices among orphaned adolescents in rural Uganda: Results from the Suubi-Maka randomized experiment. *AIDS Care*, *28*(3), 273-282.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1109585>
- Juma, M., Alaii, J., Bartholomew, L. K., Askew, I., & Van den Borne, B. (2013). Risky sexual behavior among orphan and non-orphan adolescents in Nyanza Province, Western Kenya. *AIDS and Behavior*, *17*(3), 951-960.
<https://doi.org/10.1007/s10461-012-0336-5>
- Kamke, K., Widman, L., & Desmarais, S. L. (2020). Evaluation of an Online Sexual Health Program among Adolescent Girls with Emotional and Behavioral Difficulties. *Journal of child and family studies*, *29*(4), 1044-1054.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01685-1>
- Kane, J. C., Bolton, P., Murray, S. M., Bass, J. K., Lakin, D., Whetten, K., Skavenski van Wyk, S., & Murray, L. K. (2018). Psychometric evaluation of HIV risk behavior assessments using Audio Computer Assisted Self-Interviewing (ACASI) among orphans and vulnerable children in Zambia. *AIDS Care*, *30*(2), 160-167. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1384787>
- Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Donahue, K., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kubik, M., Ogedegbe, G., Pbert, L., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C.-W., & Wong, J. B. (2020). Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, *324*(7), 674-681. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.13095>

- Ledesma, R., Macbeth, G., y Cortada De Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-439.
- Levey, E. J. (2017). Supporting institutional caregivers in a children's home in rural south India. *Institutionalised Children Exploration and Beyond*, 4(2), 221-225.
<https://doi.org/10.1177/2349301120170217>
- López, R. F., & Moral, R. J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342001000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., & Casas-Muñoz, A. (2017). Embarazo adolescente: Sus causas y repercusiones en la diada*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55, 14.
- LoVette, A., Sullivan, A., Operario, D., Kuo, C., Harrison, A., & Mathews, C. (2022). Social resources, resilience, and sexual health among South African adolescent girls and young women: Findings from the HERStory study. *Culture, Health & Sexuality*, 0(0), 1-15.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2108501>
- Mbengo, F., Adama, E., Towell-Barnard, A., Bhana, A., Afrifa-Yamoah, E., & Zgambo, M. (2022). Impact of you only live once: A resilience-based HIV prevention intervention to reduce risky sexual behaviour among youth in South Africa. *Acta Psychologica*, 230, 103757.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103757>

- Medina, R. S., Negrete, D. J. E., & Montijo, S. S. R. (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), Article 2. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.11>
- Melesse, D. Y., Mutua, M. K., Choudhury, A., Wado, Y. D., Faye, C. M., Neal, S., & Boerma, T. (2020). Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: Who is left behind? *BMJ Global Health*, *5*(1), e002231. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002231>
- Menna, T., Ali, A., & Worku, A. (2014). Prevalence of “HIV/AIDS related” parental death and its association with sexual behavior of secondary school youth in Addis Ababa, Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Public Health*, *14*(1), 1120. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1120>
- Mkandawire, P. (2017). Assessing factors associated with HIV testing among adolescents in Malawi. *Global Public Health*, *12*(7), 927-940. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1213125>
- Mohammadzadeh, M., Awang, H., Ismail, S., & Kadir Shahar, H. (2018). Stress and coping mechanisms among adolescents living in orphanages: An experience from Klang Valley, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, *10*(1). <https://doi.org/10.1111/appy.12311>
- Morales, A., Garcia-Montaña, E., Barrios-Ortega, C., Niebles-Charris, J., Garcia-Roncallo, P., Abello-Luque, D., Gomez-Lugo, M., Saavedra, D. A., Vallejo-Medina, P., Espada, J. P., Lightfoot, M., y Martínez, O. (2019). Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in

Colombia. *Social Science & Medicine*, 222, 207-215.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.011>

Morales, A., Carratalá, E., Origilés, M., & Espada, J. (2017). *Un estudio preliminar de la eficacia de un programa de promoción de la salud sexual en adoelscentes con padres divorciados*. 17, 9.

Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). A 1-year follow-up evaluation of a sexual-health education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 35-41. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv074>

Morales, A., Vallejo, M. P., Abello, L. D., Saavedra, R. A., García, R. P., Gomez, L. M., García, M. E., Marchal, B. L., Niebles, C. J., Pérez, P. D., & Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: Knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*, 18(1), 1377. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6311-y>

Navarrete Ochoa, B. V., Jiménez Vázquez, V., Amaro Hinojosa, M. D., & Orozco Gómez, C. (2021). Autoeficacia para Prevenir el VIH y Prácticas Sexuales en Estudiantes de un Bachillerato de Chihuahua, México. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.564>

Negriff, S., Schneiderman, J. U., y Trickett, P. K. (2015). Child maltreatment and sexual risk behavior: Maltreatment types and gender differences. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 36(9), 708-716.

<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000204>

Neiva, S. L., Demenech, L. M., Moreira, L. R., Oliveira, A. T., Carvalho, F. T. de, & Paludo, S. D. S. (2018). [Pregnancy and abortion experience among children,

adolescents and youths living on the streets]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(4), 1055-1066. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11342016>

Nnama, O. C. U., & Okoye, U. O. (2019). Rethinking institutional care using family-based alternative child care system for orphans and vulnerable children in Nigeria. *Journal of Social Work in Developing Societies*, 1(3).

<https://journals.aphriapub.com/index.php/JSWDS/article/view/941>

Oberth, G., Chinhengo, T., Katsande, T., Mhonde, R., Hanisch, D., Kasere, P., Chihumela, B., & Madzima, B. (2021). Effectiveness of the Sista2Sista programme in improving HIV and other sexual and reproductive health outcomes among vulnerable adolescent girls and young women in Zimbabwe. *African Journal of AIDS Research: AJAR*, 20(2), 158-164.

<https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1918733>

Olaleye, A. O., Obiyan, M. O., & Folayan, M. O. (2020). Factors associated with sexual and reproductive health behaviour of street-involved young people: Findings from a baseline survey in Southwest Nigeria. *Reproductive Health*, 17(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00937-4>

Oman, R. F., Vesely, S. K., Green, J., Clements, N. K., & Lu, M. (2018). Adolescent Pregnancy Prevention Among Youths Living in Group Care Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 108(Suppl 1), S38-S44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304126>

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. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 584-591.

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

- Oppong Asante, K., & Meyer-Weitz, A. (2015). International note: Association between perceived resilience and health risk behaviours in homeless youth. *Journal of Adolescence*, 39, 36-39.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.006>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: Informe de Consulta Técnica*.
https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). *OMS | Desarrollo en la adolescencia*. WHO; World Health Organization. Recuperado 9 de junio de 2020, de
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Defining sexual health*.
<https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/yaws/diagnosis-and-treatment/sexual-and-reproductive-health-and-research>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Adolescent pregnancy*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Orihuela, C. A., Mrug, S., Davies, S., Elliott, M. N., Tortolero Emery, S., Peskin, M. F., Reisner, S., & Schuster, M. A. (2020). Neighborhood Disorder, Family Functioning, and Risky Sexual Behaviors in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(5), 991-1004. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01211-3>

- Phillips, S. P., King, N., Michaelson, V., & Pickett, W. (2019). Sex, drugs, risk and resilience: Analysis of data from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *European Journal of Public Health, 29*(1), 38-43. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky169>
- Pufall, E. L., Eaton, J. W., Robertson, L., Mushati, P., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2017). Education, substance use, and HIV risk among orphaned adolescents in Eastern Zimbabwe. *Vulnerable Children and Youth Studies, 12*(4), 360-374. <https://doi.org/10.1080/17450128.2017.1332398>
- Puffer, E. S., Drabkin, A. S., Stashko, A. L., Broverman, S. A., Ogwang-Odhiambo, R. A., & Sikkema, K. J. (2012). Orphan status, HIV risk behavior, and mental health among adolescents in rural Kenya. *Journal of Pediatric Psychology, 37*(8), 868-878. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss077>
- Puffer, E. S., Green, E. P., Sikkema, K. J., Broverman, S. A., Ogwang-Odhiambo, R. A., & Pian, J. (2016). A church-based intervention for families to promote mental health and prevent HIV among adolescents in rural Kenya: Results of a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 511-525. <https://doi.org/10.1037/ccp0000076>
- Ramírez, C. P., & Ramírez, S. M. (2018). Predicting Condom Use among Undergraduate Students Based on the Theory of Planned Behaviour, Coquimbo, Chile, 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081689>
- Rew, L., Powell, T., Brown, A., Becker, H., & Slesnick, N. (2017). An Intervention to Enhance Psychological Capital and Health Outcomes in Homeless Female

Youths. *Western Journal of Nursing Research*, 39(3), 356-373.

<https://doi.org/10.1177/0193945916658861>

Riley, B. H., & McDermott, R. C. (2018). Applying Self-Determination Theory to Adolescent Sexual-Risk Behavior and Knowledge: A Structural Equation Model. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(6), 482-494. <https://doi.org/10.1177/1078390318776369>

Rosen, J. G., Kayeyi, N., Chibuye, M., Phiri, L., Namukonda, E. S., & Mbizvo, M. T. (2022). Sexual debut and risk behaviors among orphaned and vulnerable children in Zambia: Which protective deficits shape HIV risk? *Vulnerable children and youth studies*, 17(2), 130-146. <https://doi.org/10.1080/17450128.2021.1975858>

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Sánchez, T. D. (2015). *Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español*. 12.

Secretaria de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Sharp, C., Kulesz, P., Marais, L., Shohet, C., Rani, K., Lenka, M., Cloete, J., Vanwoerden, S., Givon, D., & Boivin, M. (2022). Mediation Intervention for Sensitizing Caregivers to Improve Mental Health Outcomes in Orphaned and Vulnerable Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(5), 764-779. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1881903>

- Shoko, M., Ibisomi, L., Levin, J., & Ginsburg, C. (2018). Relationship Between Orphanhood Status, Living Arrangements and Sexual Debut: Evidence From Females in Middle Adolescence in Southern Africa. *Journal of Biosocial Science*, 50(3), 380-396. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000475>
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions* (1.^a ed.). Wiley Imprint.
- Sieving, R. E., Allen, M. L., Galvan, A., Rodriguez-Hager, R., Beckman, K., Castillo, M., Gadea, A., Jimbo-Llapa, F., Porta, C., & Svetaz, M. V. (2017). Encuentro: Feasibility, Acceptability, and Outcomes of a Culturally Tailored Teen-Parent Health Promotion Program. *Health Promotion Practice*, 18(5), 751-762. <https://doi.org/10.1177/1524839916654462>
- Sistema Nacional para el Desarrollo Inetegral de la Familia. (2016). *Manual de Operación Del Modelo Tipo de los Centros de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes*. 89.
- Teye, K. E., Kagee, A., & Swart, H. (2017). Predicting the Intention to Use Condoms and Actual Condom Use Behaviour: A Three-Wave Longitudinal Study in Ghana. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 9(1), 81-105. <https://doi.org/10.1111/aphw.12082>
- Thurman, T. R., Brown, L., Richter, L., Maharaj, P., & Magnani, R. (2006). Sexual Risk Behavior among South African Adolescents: Is Orphan Status a Factor? *AIDS and Behavior*, 10(6), 627-635. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9104-8>
- Thurman, T. R., Kidman, R., Carton, T. W., & Chiroro, P. (2016). Psychological and behavioral interventions to reduce HIV risk: Evidence from a randomized

control trial among orphaned and vulnerable adolescents in South Africa. *AIDS Care: 2015 AIDS Impact Conference Supplement*, 28(sup1), 8-15.

<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146213>

Thurman, T. R., Nice, J., Visser, M., & Luckett, B. G. (2020). Pathways to sexual health communication between adolescent girls and their female caregivers participating in a structured HIV prevention intervention in South Africa.

Social Science & Medicine (1982), 260, 113168.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113168>

Vacaru, V. S., Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2018). Self-concept in institutionalized children with disturbed attachment: The mediating role of exploratory behaviours. *Child: Care, Health and Development*, 44(3), 476-484.

<https://doi.org/10.1111/cch.12521>

Van de Bongardt, D., & de Graaf, H. (2020). Youth's Socio-Sexual Competences With Romantic and Casual Sexual Partners. *The Journal of Sex Research*, 57(9), 1166-1179. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1743226>

Vargas, R. R. (2007). Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la Salud Sexual y la Salud Reproductiva: Propuesta de una Escala Psicométrica. *Revista ABRA*, 27(36), Article 36.

<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/1554>

Villar-Terrero, A. R., Salcedo, C. M. D., y Rosario-Rodríguez, J. L. (2022). El arteterapia para mejorar la convivencia en el aula y la inteligencia intrapersonal. *Polo del Conocimiento*, 7(2), Article 2.

<https://doi.org/10.23857/pc.v7i2.3688>

Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Burnette, J. L., y Prinstein, M. J. (2018).

Sexual Assertiveness Skills and Sexual Decision-Making in Adolescent Girls: Randomized Controlled Trial of an Online Program. *American Journal of Public Health, 108*(1), 96-102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304106>

Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Massey, J., y 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>

Yearwood, K., Vliegen, N., Luyten, P., Chau, C., Corveleyn, J., Yearwood, K.,

Vliegen, N., Luyten, P., Chau, C., y Corveleyn, J. (2018). Validación del

Inventario de Calidad de las Relaciones en una Muestra Peruana de

Adolescentes y Asociaciones con Apego de Pares. *Psykhe (Santiago), 27*(1), 1-

11. <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.1.1122>

Apéndices

Apéndice A.

Cédula de Datos Personales

Cédula de Datos Personales					
<p>Este cuestionario forma parte de una investigación realizada por la estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería Italia Rivera Baylón. Tu participación es voluntaria y tus respuestas serán tratadas con confidencialidad. Te pedimos que contestes con toda sinceridad. Es importante que respondas de forma individual, sin compartir tus respuestas con los compañeros. Si tienes alguna duda, por favor levanta la mano y la persona responsable se acercará para resolverla. Una vez que hayas terminado entrega tus cuestionarios con la persona responsable.</p>					
Código ____ . ____ . ____ . ____ . ____					
*El coordinador te asignará un código					
Iniciales		Fecha			
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad			
Edad en que iniciaste a vivir en el Centro de Acogimiento de Asistencia Social		Tiempo viviendo en el Centro de Acogimiento de Asistencia Social		Fecha de cumpleaños	
Nombre de la institución dónde vives					
Marca con una X si la institución donde vives te ofrece los siguientes servicios					
	Alimentación tres veces al día				
	Lugar donde vivir (habitación o un espacio propio)				
	Al menos un adulto (mayor de 18 años) que me cuida				
	Acceso a los servicios de salud (médico, odontología, psicología etc.)				

Relación con el referente familiar	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Tío (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a)
¿Has tenido relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sí contestaste que sí en la pregunta anterior contesta las siguientes preguntas	
Edad en la que iniciaste tu vida sexual	
Número de parejas sexuales que has tenido en tu vida	
Número de parejas sexuales en el último año	
Marca con una X si has experimentado alguna de las siguientes situaciones	
	Agresión física (golpes, patadas o cachetadas que dejen una marca)
	Agresión física con objetos punzocortantes
	Agresión sexual (tocamientos, violación o intento de violación)
	Agresión verbal (insultos, etiquetas denigrantes)
	Observar que agreden a alguien físicamente
	Observar que agreden a alguien sexualmente
	Observar que agreden a alguien verbalmente
	Otra evento estresante

Apéndice C.

Cuestionario de Evaluación de Satisfacción de la Intervención

Instrucciones: Lee con detenimiento cada enunciado y marca una X en la opción que más represente lo que piensas o sientes con respecto al curso. Recuerda que todas las preguntas son importantes, no dejes ninguna sin responder. Las alternativas de respuestas son totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El contenido del curso me pareció novedoso				
2. El contenido del curso fue de mi interés				
3. La organización del curso me pareció adecuada				
4. Creo que otros compañeros podría interesarles asistir al curso				
5. Creo que otros adolescentes pueden beneficiarse de este tipo de cursos				
6. El instructor (a) resolvió mis dudas				
7. El instructor (a) creo un ambiente de confianza				
8. El tiempo del curso me pareció adecuado para las actividades planeadas				
9. Las actividades planeadas me parecieron atractivas				
10. El tiempo de la sesión me pareció adecuado para las actividades planeadas				

Apéndice D.

Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)

(Sánchez et al.2015)

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentra siete números, que van desde “1” totalmente en desacuerdo (izquierda) a “7” totalmente de acuerdo (derecha). Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esta afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

La puntuación media de la escala es de 71, y el rango de puntuación estará comprendido entre el mínimo 24 y máximo 98 puntos.

Apéndice E.

Inventario de Relaciones de Calidad (QRI)

(Yearwood et al., 2018)

Instrucciones: A continuación, se te presenta una serie de preguntas que deberás responder utilizando la siguiente escala: 1=nada, 2= un poco, 3=bastante, 4= mucho. Elige aquella que mejor responda la pregunta teniendo en mente siempre a tu referente familiar.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿En qué medida podrías acudir a esta persona para pedirle consejos sobre tus problemas?	1	2	3	4
2. ¿En qué medida podrías contar con esta persona para que te ayude con un problema?	1	2	3	4
3. ¿En qué medida puedes contar con esta persona para darte sincero consejo aun cuando puede ser que no quieras escucharlo?	1	2	3	4
4. ¿En qué medida puedes contar con esta persona para ayudarte si algún miembro de tu familia muy cercano falleciera?	1	2	3	4
5. ¿Qué tan positivo es el rol que tiene esa persona en tu vida?	1	2	3	4
6. ¿Qué tan significativa es esta relación en tu vida?	1	2	3	4
7. ¿Qué tan cercana será tu relación con esta persona dentro de diez años?	1	2	3	4
8. ¿Qué tanto extrañarías a esta persona si no se pudieran ver o hablar por un mes?	1	2	3	4
9. ¿Si quisieras hacer algo, que tan seguro estás de que esta persona estaría dispuesta a hacer algo contigo?	1	2	3	4
10. ¿Qué tan responsable te sientes por el bienestar de esta persona?	1	2	3	4
11. ¿Qué tanto dependes de esta persona?	1	2	3	4
12. ¿Qué tan cercana será tu relación con esta persona dentro de 10 años?	1	2	3	4
13. ¿En qué medida puedes contar con esta persona para escucharte cuando estás muy molesto (a) con alguien más?	1	2	3	4
14. ¿En qué medida puedes realmente contar con esta persona para distraerte de tus preocupaciones cuando te sientes estresado (a)?	1	2	3	4

Apéndice F.

Sub Escala de Conocimiento de Salud Sexual, Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y

Uso de Condón

(Vargas, 2007)

Instrucciones: Te pedimos que leas con detenimiento cada enunciado y marques la respuesta con base a lo que conoces. Recuerda que todas las preguntas son importantes, no dejes ninguna sin responder. Las alternativas de respuestas son 1=cierto, 2=falso y 3=no lo sé.

	Cierto	Falso	No lo sé
DIMENSIÓN SALUD SEXUAL			
1. La sexualidad está limitada a la genitalidad	1	2	8
2. La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico	1	2	8
3. Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres	1	2	8
4. La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	1	2	8
5. La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas	1	2	8
6. La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.	1	2	8
7. Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.	1	2	8
8. En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.	1	2	8
9. El acto sexual es mejor cuando se toma licor	1	2	8
10. El sexo debe ser para tener hijos	1	2	8
11. El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas	1	2	8
DIMENSIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA			
12. Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público	1	2	8
13. La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo	1	2	8
14. Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	1	2	8
15. La ducha vaginal previene el embarazo	1	2	8

16. Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	1	2	8
17. El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo	1	2	8
18. La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno	1	2	8
19. La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable	1	2	8
20. Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	1	2	8
21. Después de los 40 años, todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual	1	2	8
22. Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	1	2	8
23. Tengo acceso a información sobre planificación familiar	1	2	8
24. Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	1	2	8
DIMENSIÓN VIH/SIDA/ITS			
25. VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana	1	2	8
26. El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas	1	2	8
27. El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria, virus, parásito, hongo o agente que produzca enfermedades	1	2	8
28. El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual	1	2	8
29. SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	1	2	8
30. El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo	1	2	8
31. Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte	1	2	8
32. El VIH es un virus que puede estar en el aire	1	2	8
33. El VIH es un virus que puede estar en el agua	1	2	8
34. El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito	1	2	8
35. El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada	1	2	8
36. El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	1	2	8

37. El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	1	2	8
38. La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de laboratorio	1	2	8
39. Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección	1	2	8
40. El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA	1	2	8
41. Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	1	2	8
42. El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	1	2	8
43. El SIDA no tiene cura	1	2	8
44. Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA	1	2	8
45. El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo	1	2	8
46. Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida	1	2	8
47. La gonorrea es una infección de transmisión sexual	1	2	8
48. La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual	1	2	8
49. La sífilis es una infección de transmisión sexual	1	2	8
50. Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado	1	2	8
51. La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado	1	2	8
52. Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA	1	2	8
DIMENSIÓN USO DE CONDÓN			
53. El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH	1	2	8
54. Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación	1	2	8
55. Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua	1	2	8

56. El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	1	2	8
57. El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad	1	2	8
58. El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene	1	2	8
59. El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas	1	2	8
60. El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol	1	2	8
61. Los condones deben ser guardados en lugares frescos	1	2	8
62. Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto	1	2	8
63. Los condones se pueden llevar en las billeteras	1	2	8
64. El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante	1	2	8
65. El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	1	2	8
66. Sé cómo se usa correctamente el condón	1	2	8
67. El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón	1	2	8
68. Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales	1	2	8

Apéndice G.

Sub Escala de Actitud de Salud Sexual, Reproductiva, VIH/SIDA/ITS, Uso de Condón (Vargas, 2007)

Instrucciones: Te pedimos que leas con detenimiento cada enunciado y marques la respuesta con base a lo que conoces. Recuerda que todas las preguntas son importantes, no dejes ninguna sin responder. Las alternativas de respuestas son 1=cierto, 2=falso y 3=no lo sé.

	Cierto	Falso	No lo sé
DIMENSIÓN SALUD SEXUAL	1	2	8
1. Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio	1	2	8
2. Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres	1	2	8
3. Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	1	2	8
4. La masturbación causa acné	1	2	8
5. La mujer vale más cuando es virgen	1	2	8
6. El hombre vale más cuando es virgen	1	2	8
7. El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer	1	2	8
8. Siento temor de tener sexo por que puedo resultar en embarazo	1	2	8
9. Siento temor de tener sexo por que puedo infectarme con el VIH/SIDA	1	2	8
10. Me da vergüenza hablar sobre sexo	1	2	8
11. La masturbación la practican exclusivamente los hombres	1	2	8
12. Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son lesbianas	1	2	8
13. Los hombres que no se preocupan por su apariencia física son gays o afeminados	1	2	8
14. Un hombre puede esperar que su novia o esposa le sean siempre fiel	1	2	8
15. Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo	1	2	8
16. Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case	1	2	8
17. Masturbarse es pecado	1	2	8
18. Me siento presionado por mis amistades para tener relaciones sexuales	1	2	8
Dimensión de Salud Reproductiva			
19. La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual	1	2	8

20. Cuando una mujer esta menstruando no se debe tener contacto sexual con ella	1	2	8
21. Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos	1	2	8
22. La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada	1	2	8
23. Puedo acudir a los servicios de salud sin temor	1	2	8
DIMENSIÓN VIH/SIDA/ITS			
24. Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial	1	2	8
25. Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH	1	2	8
26. Me resulta fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH	1	2	8
27. La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece	1	2	8
28. El SIDA es una enfermedad de prostitutas	1	2	8
29. Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba	1	2	8
30. Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA	1	2	8
31. Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual	1	2	8
DIMENSIÓN USO DE CONDÓN			
32. Cuando se está casado puede dejar de usarse el condón	1	2	8
33. Pienso que cuando una persona le pide a otra que use el condón es porque no hay confianza	1	2	8
34. Cuando se usa el condón no se siente nada	1	2	8
35. Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón	1	2	8
36. Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón	1	2	8
37. La mujer que solicita usar el condón significa que es muy "aventada"	1	2	8
38. Es un insulto para el hombre que una mujer pida usar el condón	1	2	8
39. Me gustan más las relaciones sexuales sin condón	1	2	8

Apéndice H.

Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA en Adolescentes

(SEA-27)

(López & Moral., 2001)

Instrucciones: A continuación, se te presentará una serie de preguntas en las cuales vas a marcar con una x el grado de seguridad que creas tener.

Ítems	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. ¿Qué tan seguro esas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales con alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando					

te proponen en tener relaciones sexuales alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
8. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen en tener relaciones sexuales alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien ha utilizado drogas?					
11. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
12. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar a tu novia/a si se ha inyectado alguna droga?					
13. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?					
14. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
15. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
16. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
17. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar correctamente el condón?					

18.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
19.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiente o utilizando alguna droga? (Marihuana, Resistol, tiner)					
20.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
21.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar condón?					
22.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
23.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de acudir a la tienda a comprar condones?					
24.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de NO tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
25.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
26.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de platicar con tu papá sobre temas sexuales?					
27.¿Qué tan seguro estas de ser capaz de platicar con tu mamá sobre temas sexuales?					

Apéndice I.

Escala de Intención Conductual

(Morales et al., 2016)

Instrucciones: A continuación, se te presentará una serie de enunciados, marca con una X, la opción que creas que sea más probable de realizar en los próximos 12 meses. El tiempo de respuesta es una escala Likert de cinco puntos que van desde 1=Definitivamente NO, hasta 5= Definitivamente SI

Ítems	Definitivamente NO (1)	Probablemente NO (2)	Puede ser (3)	Probablemente SÍ (4)	Definitivamente SÍ (5)
En los próximos 12 meses, ¿con qué probabilidad realizarás las siguientes conductas?					
1. Buscaré condones por si los necesito.					
2. Utilizaré el preservativo si tengo una relación sexual.					
3. Antes del coito pediré a la otra persona que usemos preservativo.					
4. Tendré sexo habiendo abusado del alcohol.					
5. Tendré sexo habiendo consumido otras drogas.					

Apéndice J.

Cuestionario de Conducta Sexual Segura (SSBQ)

(Hernández et al.2020)

Instrucciones: A continuación, se te presentará una serie de enunciados, marca con una X, la opción que represente lo que ha ocurrido en el último mes. El tiempo de respuesta es una escala Likert de cuatro puntos que van desde 1=Siempre, hasta 4= Nunca. Recuerda que es muy importante que respondas con toda honestidad.

Ítems	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
1. Insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Consumo marihuana u otras drogas antes o después de tener una relación Sexual.				
3. Detengo la estimulación sexual el tiempo que sea necesario para ponerme el Condón (o para que mi pareja se ponga el condón).				
4. A potenciales parejas sexuales les pregunto por sus historias sexuales.				
5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja Sexual.				
6. Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas en las venas.				
7. A mis potenciales parejas sexuales les pregunto por sus historias de prácticas Bisexuales/homosexuales.				
8. Tengo relaciones sexuales en mi primera cita.				
9. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no conozco el historial sexual				

De mi pareja.				
10. Evito tener relaciones sexuales cuando tengo lesiones o irritación en mi zona Genital.				
11. Si sé que un encuentro podría terminar en una relación sexual, llevo un condón.				
12. Insisto en examinar a mi pareja sexual para detectar heridas, cortes o Abrasiones en la zona genital.				
13. Tengo sexo oral sin el uso de barreras protectoras como el condón				
14. Uso guantes de goma para la estimulación sexual cuando tengo cortes o Abrasiones en mis manos.				
15. Me dejo llevar por la pasión del momento y tengo relaciones sexuales sin usar Condón.				
16. Tengo relaciones sexuales anales.				
17. A mis potenciales parejas sexuales les pregunto por sus historias de consumo de drogas				
18. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener Relaciones sexuales.				
19. Evito el contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.				
20. Me resulta difícil conversar temas de sexo con mis parejas sexuales.				
21. Tengo relaciones sexuales con alguien que sé que es una persona bisexual u Homosexual				
22. Tengo relaciones sexuales anales sin usar condón.				
23. Tomo bebidas alcohólicas antes o después de tener una relación sexual				

Apéndice K.

Guía de Entrevista a Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental

Objetivo

La siguiente entrevista tiene como objetivo extraer de la experiencia del adolescente con carencia de cuidado parental, la percepción de educación sexual, que permitirá y/o obtener contenido y componentes relevantes para la elaboración de un currículum de intervención para la conducta sexual segura.

Definiciones

Adolescentes en Condición de Orfandad, Abandono o Separación de los CAAS adolescentes con carencia de cuidado parental que viven en un Centro de Acogimiento de Asistencia Social ya sea pública, privada o de beneficencia donde reciben cuidado y atención por esta institución.

Los Cuidadores Principales de los CAAS, son personas que ofrecen cuidado y educación a niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad, abandono o separación de sus progenitores o familia extensa en una institución de cuidado para esta población, ya sea pública, privada o beneficencia.

Cuidado Institucionalizado. Se caracteriza por ser el cuidado brindado al menor de edad en los CAAS, debido a orfandad, abandono o separación. Es brindado por un cuidador principal que no tiene relación sanguínea con los adolescentes. El cual ha sido entrenado o capacitado para fungir esta función.

I. Previo a la entrevista

El entrevistador debe asegurarse que el adolescente ha entendido completamente la información del consentimiento informado, que haya decidido participar libremente manifestado a través de la firma del consentimiento por parte del tutor y asentimiento

informado por el adolescente. Es fundamental que el entrevistador se cerciore de que el equipo de audio grabación funcione y esté listo al momento de iniciar la entrevista.

II. *Guía temática*

1. Datos sociodemográficos
2. Redes Sociales de Apoyo
3. Relaciones personales con pares
4. Educación sexual recibida
5. Percepción sobre la conducta sexual segura

Guía de Entrevista

1. Datos sociodemográficos

Sexo
 Edad
 Último grado alcanzado
 Estatus escolar actual
 Condición de orfandad, abandono o separación
 Tiempo en la condición de orfandad, abandono o separación
 Tiempo viviendo en el CAAS
 Novio/novia/pareja

2. Primer tema a explorar: Redes Sociales de apoyo

El objetivo de este primer tema general es identificar las redes sociales con las que cuenta el adolescente.

P. Cuéntame ¿cómo ha sido tu historia desde que llegaste aquí al CAAS hasta ahora?

Subtemas:

2.1 ¿Cuál fue el momento en el que te has sentido más apoyado desde que llegaste aquí?

2.2 ¿Cuándo has tenido algún problema de (salud/educación) quién te ayuda a resolverlo? ¿Qué han hecho esas personas para ayudarte?

2.4 Pláticame un momento que hayas estado triste ¿Cómo fue? ¿Con quién estabas? ¿Buscaste a alguna persona para contarle?

2.5 ¿Quién es tu cuidador principal? ¿Qué es lo que más te gusta de él o ella? ¿Qué es lo que no te gusta de él o ella?

2.6 Puedes recordar alguna ocasión en la que hayas acudido a alguna clínica u hospital ¿Por qué razón fue? ¿Cómo fue? ¿Cómo te sentiste?

2.7 ¿Qué te gustaría hacer cuando seas mayor?

3. Tema a Explorar: Relaciones Personales con Pares

El propósito de este tema es explorar las relaciones personales del adolescente y las habilidades sociales que le permiten relacionarse con sus pares.

P. Ahora pláticame, sobre los compañeros con los que vives aquí, ¿Cómo es pasar tiempo con ellos?

Subtema

3.1 ¿Cuáles son tus tiempos libres? ¿Qué haces, con quien te juntas? ¿Qué es lo que más te gusta hacer en ese tiempo?

3.2 ¿Con quiénes de tus compañeros te gusta pasar más tiempo? ¿Por qué?

3.3 ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste molesto con tus amigos y como reaccionaste?

3.5 ¿Qué haces cuando estas con tus amigos y quieren hacer algo que tu no quieres?

3.6 ¿Cuándo propones hacer algo a tus amigos, te hacen caso? ¿Puedes darme un ejemplo?

4. Tema a Explorar: Educación Sexual adolescentes

El propósito de este tema es explorar la educación sexual recibida, las principales fuentes de información, y su relación con los servicios de salud para resolver dudas sobre esta temática.

P. Pláticame un poco sobre la escuela y las cosas que has aprendido ahí

Subtemas

4.1 ¿Cuáles son las materias que más te gustan? ¿Qué clases o temas te han gustado más?

4.2 En la escuela les enseñan algo sobre los cambios en tu cuerpo durante la adolescencia ¿Cómo lo has aprendido?

4.3 ¿Qué has visto o conoces sobre el embarazo?

4.3 ¿Qué has visto o conoces sobre infecciones de transmisión sexual?

4.4 ¿Qué has visto o conoces sobre cómo prevenir un embarazo o infecciones de transmisión sexual?

4.5 ¿Qué has visto o conoces sobre los métodos anticonceptivos?

4.6 Cuando tienes dudas sobre estos temas ¿A quién le preguntas? ¿Dónde buscas información?

5. Tema a Explorar: Percepción de la conducta sexual

El propósito de este tema es explorar la motivación y percepción del adolescente sobre la conducta sexual segura específicamente sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual.

P. Ahora pláticame un poco, ¿qué conoces sobre la sexualidad?

Subtemas

5.1 ¿Qué opinas sobre las personas de tu edad que han sido mamás o papás?

5.2 ¿Qué opinas sobre las personas de tu edad que usan o saben cómo usar un condón?

5.3 ¿Qué opinas sobre las personas de tu edad que en este momento sufren de alguna infección de transmisión sexual como VIH?

5.4 Cuéntame si alguna vez has tenido relaciones sexuales, ¿cómo te sentiste?

5.5 ¿Has escuchado alguna vez sobre las conductas sexuales de riesgo?

¿Cómo lo aprendiste? ¿Qué harías tú para evitarlas?

Finalizar: Se indica que es el final de la entrevista, si existe algo más que desee agregar.

Se agradece por su tiempo y cooperación, y se pone a disposición por cualquier cosa que pudiera apoyar.

FIN

Apéndice L.

Guía de Entrevista para Cuidadores Principales de Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental en Instituciones de Cuidado

Objetivo

La siguiente entrevista tiene como objetivo extraer de la experiencia del adolescente con carencia de cuidado parental la percepción de educación sexual para la elaboración de un currículum de intervención para la conducta sexual segura.

Definiciones

Los Cuidadores Principales de los CAAS, son personas que ofrecen cuidado y educación a niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad, abandono o separación de sus progenitores o familia extensa en una institución de cuidado para esta población, ya sea pública, privada o beneficencia.

Cuidado Institucionalizado. Se caracteriza por ser el cuidado brindado al menor de edad en los CAAS, debido a orfandad, abandono o separación. Es brindado por un cuidador principal que no tiene relación sanguínea con los adolescentes. El cual ha sido entrenado o capacitado para fungir esta función.

I. Previo a la entrevista

El entrevistador debe asegurarse que el sujeto ha entendido completamente la información del consentimiento informado, que haya decidido participar libremente manifestado a través de la firma del consentimiento. Es fundamental que el entrevistador se cerciore de que el equipo de audio grabación funcione y esté listo al momento de iniciar la entrevista.

II. Guía temática

1. Datos sociodemográficos

2. Relación y comunicación con los niños y adolescentes
3. Actividades o estrategias de apoyo social para los adolescentes
4. Educación sexual otorgada dentro del CAAS
5. Promoción de la Conducta sexual segura

1. Datos sociodemográficos

Sexo

Edad

Escolaridad

Estado civil

Tiempo de experiencia

Turno

Rol principal

2. Primer tema a explorar: Relación y comunicación con los niños y adolescentes

El propósito de este primer tema general es identificar el tipo de relación que mantiene el cuidador con los niños y adolescentes.

Se sugiere iniciar con la siguiente petición:

P. Cuénteme de manera detallada como es la convivencia con los adolescentes.

Subtemas:

2.1 ¿Qué actividades realizan en conjunto con los adolescentes?

2.3 ¿Cuáles actividades de las que realizan les permite pasar más tiempo con los adolescentes?

2.4 ¿Cuáles actividades de las que realizan le impide pasar menos tiempo con los adolescentes?

2.5 Cuénteme sobre algún momento en que haya tenido algún problema con los adolescentes ¿Cómo fue? ¿Cómo resolvieron la situación?

2.6. Cuénteme sobre las acciones que toman cuando algún adolescente tiene problemas de comportamiento ¿Qué hacen? ¿Cómo lo manejan?

3. Tercer tema a explorar: Actividades o estrategias de apoyo social para los adolescentes

El propósito de este tema, es identificar las habilidades sociales que posee el adolescente y como se fomentan dentro del CAAS.

P. Ahora platíqueme qué tipo de actividades se realizan para el beneficio de los adolescentes en el futuro.

Subtemas

3.1 Recuerda algún momento en el que haya tenido dificultades para comunicarse con un adolescente, ¿Qué fue lo que sucedió?

3.2 Platíqueme sobre algún momento en el que un adolescente haya tenido dificultades para adaptarse ¿Qué ocurrió? ¿Cómo le ayudaron?

3.3 Cuénteme sobre el momento en el que un adolescente va a egresar del CAAS, ¿Qué sucede?

3.4 Platíqueme sobre una situación en la que un adolescente haya necesitado apoyo sobre (Vacunación, educación para la salud, programas de prevención, nutrición) ¿Qué hicieron? ¿Cómo lo atendieron?

4. Tema a Explorar: Educación sexual otorgada dentro del CAAS

Subtemas

El propósito de este tema es indagar sobre la educación en material de salud sexual y reproductiva que se brinda al adolescente en el CAAS.

P. En las escuelas normalmente se introducen temas con respecto a la sexualidad, ¿cómo los cambios en el cuerpo, embarazos e infecciones de trasmisión sexual y los adolescentes a menudo tienen dudas e inquietudes, cuénteme como ha sido su experiencia sobre la educación sexual de adolescentes dentro del CAAS?

Subtemas

4.1 Puede recordar algún momento en el que un adolescente se haya acercado a usted a preguntarle algo sobre sexualidad, ej.: embarazo, ciclo menstrual, infecciones de trasmisión sexual, métodos anticonceptivos ¿Qué fue lo que ocurrió?

4.2 ¿Cómo iniciaría una conversación sobre esta temática para brindar educación? ¿Ha tenido alguna experiencia que pueda recordar?

4.3 ¿Qué cree que necesita usted para poder informar adecuadamente a los adolescentes?

5. Tema a Explorar: Promoción de la conducta sexual segura

El propósito de este tema es explorar las actitudes del cuidador principal/director para promover la conducta sexual segura específicamente sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazo adolescente e infecciones de trasmisión sexual.

P. En su opinión cómo debería capacitarse o educar a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos (condón, pastillas anticonceptivas, DIU etc.)

Subtemas

5.1 ¿Quién considera usted que sería la persona ideal para capacitar o educar a los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos (condón, pastillas anticonceptivas)?

5.2 ¿Cuál considera usted que debe ser la información que debe tener el adolescente sobre esta temática?

Finalizar: Se indica que es el final de la entrevista, si existe algo más que desee agregar.

Apéndice M.

Consentimiento Informado para Entrevista Semiestructurada Dirigida a Cuidadores Principales y Directivos de Instituciones de Cuidado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: estudio piloto de factibilidad no aleatorizado

Estudiantes: ME. Italia Rivera Baylón

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Introducción/Objetivo del estudio:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos y obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es crear una intervención que promueva la conducta sexual segura dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental. El estudio se está realizando con adolescentes de entre 15 a 18 años. La información que usted proporcione es totalmente confidencial y su nombre o la institución donde labora no serán mencionadas. Se le realizará una entrevista con una duración aproximada de 60-90 minutos, la cual será grabada con previa autorización, para su posterior transcripción.

El estudio Intervención para la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental, se está realizando con el apoyo de instituciones de cuidado para este grupo de adolescentes en personas que trabajen y sean responsables por el cuidado de los adolescentes en esta condición para explorar los componentes o el contenido de la intervención.

Su participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar contestando algunas preguntas. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

La Universidad Autónoma de Nuevo León autorizó realizar el estudio. Se invitará a todas las personas que sean o hayan sido cuidadores directos de adolescentes en esta condición por al menos seis meses. La selección de los participantes en la entrevista se realizó a través de la recomendación de informantes clave, para obtener información valiosa.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Se le realizará una entrevista con una duración de 60 a 90 minutos, la cual se llevará a cabo en un espacio acordado previamente por el investigador y usted. Mismo que deberá contar con las características de seguridad sanitaria ante el Covid-19, para que contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible. En todo momento se permanecerá con las medidas de seguridad recomendadas (cubre boca, lavado de manos y uso de gel antibacterial).

Se le realizaran los siguientes procedimientos:

- Se le pedirá leer el siguiente consentimiento informado
- Se le pedirá autorización para realizar la grabación con al menos dos dispositivos electrónicos
- Se le asignará un número de participante para que su nombre no sea revelado
- Se comenzará con la prueba de los equipos de grabación
- Se le realizará una entrevista en forma de charla con las siguientes temáticas: Datos sociodemográficos, redes sociales de apoyo, relaciones personales con pares, educación sexual recibida y percepción sobre la conducta sexual segura
- Finalmente, el investigador le informará cuando la entrevista haya concluido y se procederá a la finalización de la grabación.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal, Su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos.

Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

Por participar en el siguiente estudio, se informa que los riesgos o molestias con respecto a las preguntas son mínimos. Para evitar toda molestia que puedan surgir al contestar los cuestionarios se hace hincapié en que son anónimos y solamente el investigador tendrá acceso a ellos, la información que usted nos brinde no repercutirá en su trabajo o vida diaria.

Sin embargo, si se siente incómodo con alguna pregunta puede decidir no contestarla, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para Usted.

En caso de que surja un daño ocasionado por este estudio, el investigador ME. Italia Rivera Baylón llevará a cabo el seguimiento para la atención brindada por situaciones de daño no implicará algún costo para usted.

Beneficios esperados:

Con respecto a los beneficios esperados no existe ningún beneficio directo por su participación, sin embargo, su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud de los adolescentes con carencia de cuidado parental que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Compromisos del Investigador:

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Testigo 2: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice N.

Asentimiento Informado para Entrevista Semiestructurada Dirigida a Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: estudio piloto de factibilidad no aleatorizado

Estudiantes: M.E. Italia Rivera Baylón

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Mi nombre es Italia Rivera Baylón soy estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para crear un Programa Educativo de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a adolescentes, para ello queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en:

Participar en una entrevista que tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

Las temáticas de la entrevista son redes de apoyo social, relaciones con otros adolescentes y la educación recibida sobre sexualidad saludable.

La entrevista será grabada por dispositivos electrónicos, tu nombre e identidad serán totalmente confidenciales, en ningún momento serán revelados.

La grabación de la entrevista será transcrita en un documento de Word para su análisis.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres/tutores hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionen se realicen nos ayudarán a Crear un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva, que ayude a adolescentes a tener mayor información.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ _____.

Apéndice O.

Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental. Entrevista Semiestructurada



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO PARA TUTOR

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: estudio piloto de factibilidad no aleatorizado

Estudiantes: ME. Italia Rivera Baylón

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es evaluar una intervención que promueva la conducta sexual segura dirigida a adolescentes con carencia de cuidado parental. El estudio se está realizando con adolescentes de entre 15 a 18 años.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar y que su hijo o tutorado (a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

A usted le haremos algunas preguntas acerca de la autorización para que su hijo o tutorado (a) participe en una entrevista con una duración aproximada de 60 minutos, la cual se llevará a cabo en el lugar y tiempo acordado por la investigadora y los participantes. La entrevista se grabará a través de dispositivos para dicho fin, sin embargo, el nombre de usted o su hijo/tutorado no se verán revelados y la información que se proporcione será totalmente confidencial.

1. **A su hijo o tutorado (a)** Se le harán preguntas orientas hacia las siguientes temáticas: redes de apoyo social, relaciones con otros adolescentes y la educación recibida sobre sexualidad saludable.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si algunas de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), a usted y/o a su hijo/tutorado(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera

algún daño como resultado de la investigación, **se proporcionará atención especializada**. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo/tutorado (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta que su hijo/tutorado participe, estará colaborando para crear programas educativos en materia de salud sexual ideales para este grupo población que contribuyan a evitar embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual.

Explique los compromisos del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Compensación: No se dará ninguna compensación por participar en el estudio, sin embargo, estará colaborando para crear un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la autora principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo/ tutorado (a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no le afectará de ninguna manera.

Para cualquier duda puede contactar a la investigadora principal M.E. Italia Rivera Baylón en el teléfono 6145036664 y el correo electrónico ibaylon@uach.mx o también al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo/tutorado (a) participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)/ tutorado (a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Firma del Testigo 2:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Apéndice P

Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo Intervención



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO PARA TUTOR

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado
Estudiante: ME. Italia Rivera Baylón
Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación con fines científicos para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería de la estudiante M.E. Italia Rivera Baylón. El objetivo del estudio es evaluar un programa de Educación Sexual para Adolescentes, con énfasis en resiliencia psicológica, conocimiento, actitudes positivas y habilidades para la prevención. El estudio se está realizando en el Centro de Bachillerato donde su hija/a o tutorado/a (a) asiste.

Procedimientos:

Si Usted acepta que su hijo (a) o tutorado (a) participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

2. **A usted** le solicitaremos firme el presente consentimiento informado para autorizar la participación de su hijo (a)/ tutorado (a) para responder una serie de cuestionario en tres momentos, los cuales se llevarán a cabo de manera digital y se dará seguimiento por grupo de WhatsApp y asistir a seis sesiones de entrenamiento durante su jornada escolar en la hora de tutoría.
- 3.
4. **A su hijo (a)/ tutorado (a)** responderá una serie de cuestionarios sobre resiliencia o la capacidad de sobreponerse a la adversidad, además conocimientos de salud sexual, sobre infecciones de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, prácticas sexuales de riesgo y saludables, uso del preservativo etc.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si algunas de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), a su hijo (a) o tutorado(a), tiene el derecho de no responderla o no participar. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, **se proporcionará atención especializada**. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Beneficios: Ni Usted ni su hijo (a) o tutorado (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio.

Compensación: Si su hijo (a) o tutorado (a) decide participar y responde en tres ocasiones los cuestionarios, recibirá una compensación económica de \$100.00 pesos. Además de colaborar en la creación de programas educativas que promuevan la sexualidad saludable y contribuyan a la disminución de embarazo adolescente, adquisición de infecciones de transmisión sexual y la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Compromisos del Investigador: El investigador principal se compromete a garantizar la resolver preguntas o aclarar dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, en cualquier momento, podrá contactarle directamente a ibaylon@uach.mx

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la autora principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo (a) o tutorado (a) quedará identificado (a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el bachillerato.

Para cualquier duda puede contactar a la investigadora principal M.E. Italia Rivera Baylón en el teléfono 6145036664 y el correo electrónico ibaylon@uach.mx de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 hrs o también al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. En un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo/tutorado (a) participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para para participación de su hijo (a) o tutorado (a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma padre, madre o tutor:

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Firma del Testigo 2:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Apéndice Q.

Asentimiento Informado para Adolescente con Carencia de Cuidado Parental

Participante del Grupo de Intervención



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado
Estudiantes: ME. Italia Rivera Baylón
Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Mi nombre es Italia Rivera Baylón soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para evaluar un programa de Educación Sexual para Adolescentes, con énfasis en resiliencia psicológica, conocimiento, actitudes positivas y habilidades para la prevención.

Tu participación en el estudio consistiría en:

Asistir y participar en el programa educativo de salud sexual y reproductiva
 Contestar una serie de cuestionarios, antes del programa educativo, inmediatamente después de finalizar el programa educativo y al mes de haber concluido con el programa educativo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando algunos de tus tutores hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionas y/o mediciones que se realicen nos ayudarán a

Modificar y adaptar el programa educativo sobre educación sexual y reproductiva

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ .

Apéndice R

Consentimiento Informado para Referente Familiar Tutor del Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo Control



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO PARA PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado
Estudiante: ME. Italia Rivera Baylón
Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación con fines científicos para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería de la estudiante M.E. Italia Rivera Baylón. El objetivo del estudio es evaluar un programa de Educación Sexual para Adolescentes, con énfasis en resiliencia psicológica, conocimiento, actitudes positivas y habilidades para la prevención. El estudio se está realizando educativo, donde su hija/a o tutorado/a (a) asiste.

Procedimientos:

Si Usted acepta que su hijo (a) o tutorado (a) participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

5. **A usted** le solicitaremos firme el presente consentimiento informado para autorizar la participación de su hijo (a)/ tutorado (a) para responder una serie de cuestionario en tres momentos, los cuales se llevarán a cabo de manera digital y se dará seguimiento por grupo de WhatsApp.
6. **A su hijo (a)/ tutorado (a)** responderá una serie de cuestionarios sobre resiliencia o la capacidad de sobreponerse a la adversidad, además conocimientos de salud sexual, sobre infecciones de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, prácticas sexuales de riesgo y saludables, uso del preservativo etc.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si algunas de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), a su hijo (a) o tutorado(a), tiene el derecho de no responderla o no participar. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, **se proporcionará**

atención especializada. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Beneficios: Ni Usted ni su hijo (a) o tutorado (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio.

Compensación: Si su hijo (a) o tutorado (a) decide participar y responde en tres ocasiones los cuestionarios, recibirá una compensación económica de \$100.00 pesos. Además de colaborar en la creación de programas educativas que promuevan la sexualidad saludable y contribuyan a la disminución de embarazo adolescente, adquisición de infecciones de transmisión sexual y la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Compromisos del Investigador: El investigador principal se compromete a garantizar la resolver preguntas o aclarar dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, en cualquier momento, podrá contactarle directamente a ibaylon@uach.mx

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la autora principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo (a) o tutorado (a) quedará identificado (a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el Bachillerato.

Para cualquier duda puede contactar a la investigadora principal M.E. Italia Rivera Baylón en el teléfono 6145036664 y el correo electrónico ibaylon@uach.mx de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 hrs o también al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. En un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo/tutorado (a) participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para para participación de su hijo (a) o tutorado (a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma padre, madre o tutor:

Fecha:

Día / Mes / Año

Relación con el menor participante

Firma del Testigo 1:

Fecha:

_____ Día
/ Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 2:

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Apéndice S

Asentimiento Informado para Adolescente con Carencia de Cuidado Parental del Grupo de Control



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado
Estudiantes: ME. Italia Rivera Baylón
Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Mi nombre es Italia Rivera Baylón soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para evaluar un programa de Educación Sexual para Adolescentes, con énfasis en resiliencia psicológica, conocimiento, actitudes positivas y habilidades para la prevención.

Tu participación en el estudio consistiría en:

Contestar una serie de cuestionarios, en tres momentos distintos, una vez que aceptes la participación, inmediatamente después de seis semanas y al mes posterior a la última medición.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando algunos de tus tutores hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones y/o mediciones que se realicen nos ayudarán a

Modificar y adaptar el programa educativo sobre educación sexual y reproductiva

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ _____.

Apéndice T.

Consentimiento Informado para Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental Mayores de Edad Participantes del Grupo de Intervención y Grupo Control



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO PARA TUTOR

Título de proyecto: Intervención para promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental: Estudio Piloto de Factibilidad No Aleatorizado

Estudiantes: ME. Italia Rivera Baylón

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es evaluar un programa de Educación Sexual para Adolescentes, con énfasis en resiliencia psicológica, conocimiento, actitudes positivas y habilidades para la prevención. El estudio se está realizando en la escuela que tutorado/a asiste.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente:

A usted se le invitará a participar en programa educativo que proporcionará información en materia de salud sexual, conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, prácticas sexuales de riesgo y saludables, uso del preservativo, además de habilidades para sobreponerse a la adversidad o dificultades etc. Y responderá una serie de cuestionarios en tres momentos en tres momentos distintos, una vez que aceptes la participación, inmediatamente después de concluir el programa educativo y al mes posterior a la última medición.

O podría consistir en contestar una serie de cuestionarios, en tres momentos distintos, una vez que aceptes la participación, inmediatamente después de seis semanas y al mes posterior a la última medición.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos debido a que algunas de las actividades o preguntas del cuestionario pueden resultar incómodas. Si alguna de las preguntas o actividades le hicieran sentir un poco

incómodo(a), tiene el derecho de no responderla o no participar. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, **se proporcionará atención especializada por un profesional de la salud.** Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Beneficios: Tendrá mayor información y herramientas para prevención de embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y prácticas sexuales seguras. No recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para disminuir la desinformación sobre salud sexual.

Compromiso del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Compensación: No se dará ninguna compensación por participar en el estudio, sin embargo, estará colaborando para crear un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes en condiciones de vulnerabilidad.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el (la) autor(a) principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su tutorado (a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en su entorno escolar

Para cualquier duda puede contactar a la investigadora principal M.E. Italia Rivera Baylón en el teléfono 6145036664 y el correo electrónico ibaylon@uach.mx o también al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo/tutorado (a) participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Firma del Testigo 2:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Apéndice U.

Manual que Guía el Desarrollo de la Intervención para Promover la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental

Tabla de Contenidos Manual de Facilitador

TABLA DE CONTENIDO

Guía del facilitador
Introducción
Información General del Currículum
Referente Teórico
Estrategias del currículum
Implementación del Currículum
Recomendaciones para la implementación
Currículum
Sesión 1. Bienvenida y presentación del programa
Sesión 2. Resiliencia: Manejo de emociones y resolución de conflictos
Sesión 3. Relaciones tóxicas Vs Relaciones Saludables Consecuencias de las conductas sexuales seguras y de riesgo
Sesión 4. Habilidades de prevención: Solución de problemas y manejo de situaciones que impactan el uso del Condón Entrenamiento en el uso del preservativo
Sesión 5. Compromiso con mi salud sexual
Sesión 6. Evaluación del programa

Apéndice V.

Mapeo de la Intervención para Promover la Conducta Sexual Segura en Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental

1. Especificar el problema a resolver con la intervención.

A través de la intervención se generan habilidades personales que protejan del riesgo que significa las relaciones sexuales sin el uso del preservativo u otro método anticonceptivo, así como la motivación hacia prácticas sexuales seguras.

2. Definir-caracterizar la población blanca.

Adolescentes con Carencia de Cuidado Parental de entre 15 a 18 años.

7. Especificar la teoría o teorías en que fundamenta la intervención.

La intervención se fundamenta en la modelo de Información Motivación Habilidades Conductuales (IMB por sus siglas en ingles) de Fisher (2008, 1992), el consructo de autoeficacia de la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1977a) y el constructo de intención del comportamiento de la Teoría de la Conducta Planeada de (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977).

4. Especificar la(s) meta general(es) del tratamiento implicado en la intervención.

Aumentar la intención de conducta sexual segura en con carencia de cuidado parental, a través de una intervención para promover la conducta sexual segura.

Promover la conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental, en los adolescentes que mantengan una vida sexual activa, a través de una intervención para promover la conducta sexual segura.

Prevenir embarazo adolescente e infecciones de trasmisión sexual en adolescentes con carencia de cuidado parental, a través de una intervención para promover la conducta sexual segura.

Carta Descriptiva

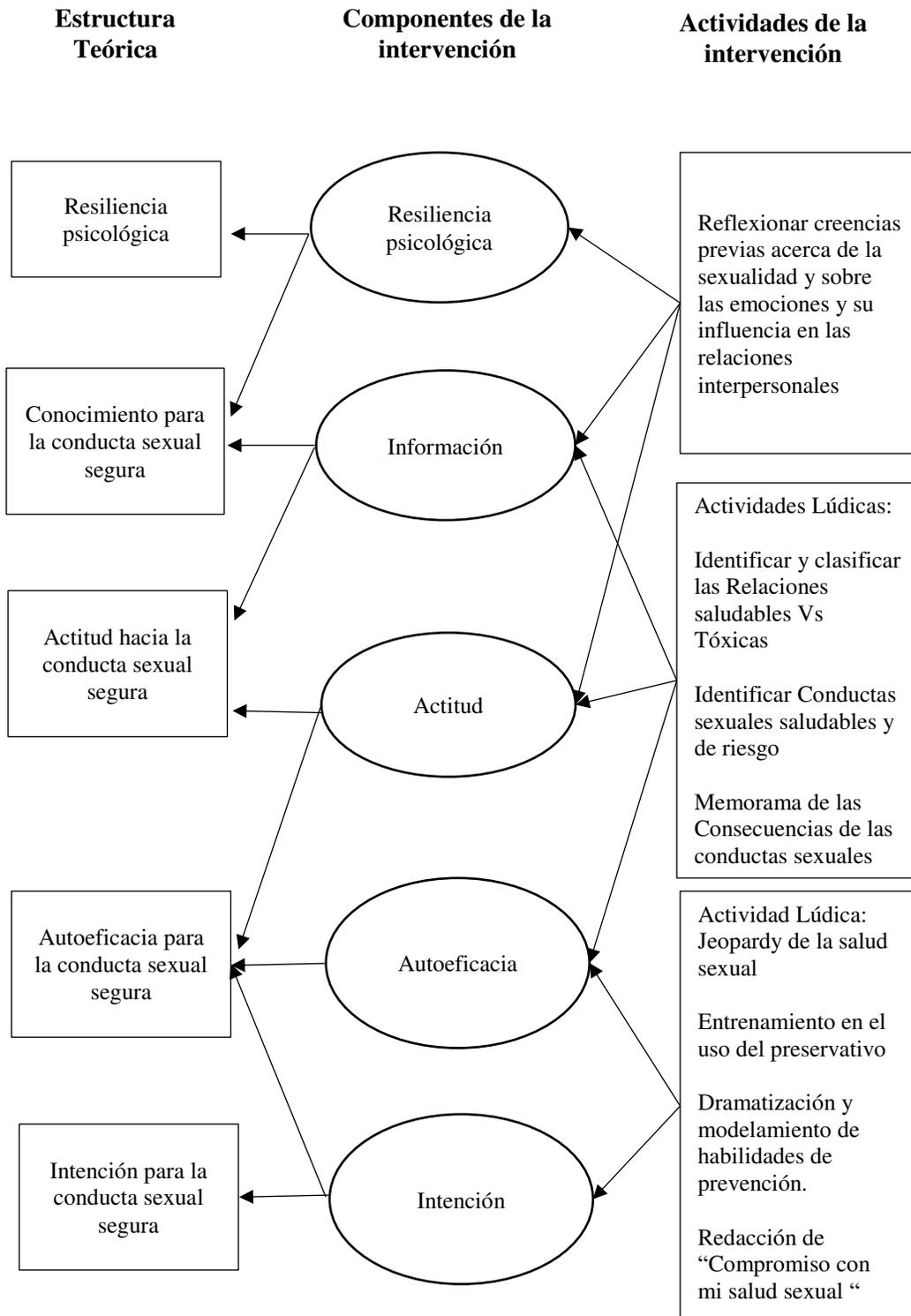
Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos (Humanos, materiales, tecnológicos)	Tiempo
Sesión No. 1 Bienvenida y Presentación	Introducir la dinámica del programa y crear un clima de confianza para participar	Bienvenida y presentación Reflexionar creencias previas acerca de la sexualidad.	Instructor Etiquetas blancas de identificación Pizarra/Rotafolio Marcadores	60 minutos
Sesión No. 2 Resiliencia: Manejo de emociones y resolución de conflictos	Reconocer las emociones que experimentan en su situación de vida y propiciar la expresión y control de la emoción	Reflexionar sobre las emociones y su influencia en las relaciones interpersonales	Hojas de colores Marcadores Tijeras Rotafolio Revistas Pegamento	60 minutos
Sesión No. 3 Violencia Sexual Relaciones tóxicas Vs Relaciones Saludables	Identificar las relaciones saludables de las relaciones tóxicas	Identificar y clasificar Relaciones Saludables Vs. Relaciones Tóxicas Identificar Conductas sexuales saludables y de riesgo.	Hojas de 13 cm de altura Colores Marcadores Cinta adhesiva Carteles de “Relación Saludable” y “Relación Tóxica” Tarjetas con tipos de relaciones	60 minutos
Sesión No. 3 Consecuencias de las conductas sexuales segura y de riesgo	Incrementar el nivel de conocimientos sobre conductas sexuales saludables y conductas sexuales de riesgo	Memorama de las consecuencias de las conductas sexuales.	Carteles de “Consecuencias” (ITS, embarazo adolescente e implicaciones sociales y económicas) Tarjetas con prácticas de riesgo para contraer ITS	60 minutos
Sesión No. 4 Habilidades de prevención: Solución de problemas y manejo de situaciones que impactan el uso del Condón	Incrementar el nivel de conocimientos y habilidades de los métodos de protección sexual.	Jeopardy de la salud sexual	Instrucciones Jeopardy Tablero de juego PPT	60 minutos

Sesión No. 5 Habilidades de prevención: Solución de problemas y manejo de situaciones que impactan el uso del Condón	Entrenar en la habilidad del uso correcto del preservativo	Entrenamiento en el uso del preservativo Dramatización y modelamiento de habilidades de prevención	Modelos anatómicos Preservativos Cuestionario preguntas de reflexión Fichas de trabajo Tarjetas con la descripción de los casos Tarjetas de escenificaciones con guion de conversación Tarjetas de escenificaciones con las situaciones	60 minutos
Sesión No. 6 Compromiso con mi Salud Sexual	Promover actitudes más favorables hacia la intención o la conducta sexual saludable	Redacción de “Compromiso con mi salud sexual”		60 minutos
Evaluación del programa	Evaluar la factibilidad, aceptabilidad del programa.	Aplicación de instrumentos de evaluación	Instrumentos de evaluación	60 minutos

6. Resultados del tratamiento:

6.1 Primarios: Intención de la conducta sexual segura y la conducta sexual segura

6.2 Secundarios: Aumentar la percepción de resiliencia psicológica, conocimientos de salud sexual y reproductiva, actitud hacia la conducta sexual segura, autoeficacia para la conducta sexual segura.



Resumen Autobiográfico

Italia Rivera Baylón

Candidata para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Biografía: Nacida en Cuauhtémoc, Chihuahua, el día 13 de abril de 1988, hija de Enrique Rivera Morales y Esperanza Baylón Cavazos.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Chihuahua, de la Facultad de Enfermería y Nutriología como Licenciada en Enfermería en el 2011 y como Maestra en Enfermería con Mención Honorífica en el 2015. Becaria CONAHCYT para realizar estudios de maestría y doctorado.

Certificaciones: Certificación Profesional como Docente de Enfermería por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería, con excelencia en 2020.

Certificación en inglés por el London Trinity College, en el nivel 11, 2013.

Asociaciones y Membresías. Miembro de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Tau Alpha Chapter, México.

Experiencia profesional: Enfermera especialista en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Star Médica, Chihuahua, 2016. En la Facultad de Enfermería y Nutriología ha desempeñado diversos puestos, Coordinador de Laboratorios de Simulación de Práctica Clínica, 2015-2016. Jefatura Unidad de Posgrado, 2016-2017. Coordinador de Educación Virtual y a Distancia, 2017-2023. Coordinador de Maestría en Enfermería Sede Cuauhtémoc y Parral, 2023- actualidad. Y Profesor Investigador de Tiempo Completo, 2013-actualidad.

Correo electrónico: ibaylon@uach.mx