

Universidad de Sonora
División de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología



“Factores cognitivos, factores positivos y funcionamiento familiar en relación con la conducta sexual de riesgo en adolescentes sonorenses”

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

Presenta

Gisel Alexia Miranda Parra

Director de tesis

Dr. Juan Carlos Manríquez Betanzos

Co-director de tesis

Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez

Lectores

Dra. Raquel García Flores

Dr. César Octavio Tapia Fonllem

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermsillo, Sonora a 19 de abril de 2023

Dr. César Octavio Tapia Fonllem
Coordinador del Maestría en Psicología
División de Ciencias Sociales Universidad
de Sonora


Con la presente me permito informar a Usted que el trabajo de tesis de maestría titulado “Factores cognitivos, factores positivos y funcionamiento familiar en relación con la conducta sexual de riesgo en adolescentes sonorenses” que fue desarrollado por la estudiante del Posgrado en Psicología Gisel Alexia Miranda Parra cumple con los requisitos teóricos-metodológicos de un trabajo de investigación nivel maestría y cuenta con el decoro académico suficiente para ser presentado en su examen de defensa de grado.

Agradeceremos se proceda a hacer las gestiones administrativas conducentes para la programación del acto protocolario correspondiente.


Sin otro particular de momento, nos es grato saludarle.

Cordialmente


Dr. Juan Carlos Marriquez Betanzos
Director de tesis
Universidad de Sonora


Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez
Co-director de tesis
Universidad de Sonora


Dr. César Octavio Tapia Fonllem
Lector interno
Universidad de Sonora


Dra. Raquel García Flores
Lectora externa
Instituto Tecnológico de Sonora

Dedicatoria

*A mis abuelos.
Por su amor, fe, resiliencia, carácter y fortaleza que inspiran día a día.*

*A mi Julieta.
Una fuente de inspiración y motivación.*

Agradecimientos

A la Universidad de Sonora y al departamento de Psicología, por brindarme la oportunidad de estudiar la Maestría en Psicología. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado (Becario 1097569).

Mi gratitud al Posgrado en psicología, que significó una valiosa oportunidad en tiempos de incertidumbre durante la pandemia. Especialmente, al Dr. Cesar Tapia y a la Dra. Blanca Fraijo, quienes me ilustraron y motivaron a ingresar al posgrado.

A mi comité tutorial que con su apoyo y observaciones oportunas hicieron posible el desarrollo de esta investigación. Al Dr. Juan Carlos Manríquez Betanzos, que con paciencia y apoyo constante me impulsó a mejorar. Al Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez por sus observaciones siempre concretas y acertadas. Y a la Dra. Raquel García Flores, por todo el apoyo brindado durante esta investigación y durante la estancia virtual.

A mis profesores y profesoras, reconociendo que hicieron una gran labor durante las clases en línea. Y a mis compañeros de formación, de quienes aprendí de todo un poco.

A mi familia, quienes mediante sus enseñanzas y experiencias me recordaron la importancia de perderle miedo al éxito, siempre con la ilusión de mejorar día con día.

A mis padres, quienes me motivaron a seguir adelante, ofreciendo siempre palabras de aliento.

A mi esposo, que me ayudó a creer en mí y me enseñó lo valioso que es tener apoyo real.

A mis personas favoritas, quienes me han inspirado a seguir en el camino de la preparación, creciendo juntas. A mi china, que me impulsó, motivó y ayudó a crear momentos de restauración, siempre con una sonrisa.

Y a todas aquellas personas que tuvieron participación durante esta experiencia, gracias infinitas.

Índice de contenido

Índice de figuras.....	1
Índice de tablas	2
Resumen.....	3
Capítulo I. Introducción	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Planteamiento del Problema	19
1.3. Objetivos	21
1.3.1. Objetivo General	21
1.3.2. Objetivos Específicos.....	21
1.4. Pregunta de Investigación	21
1.5. Hipótesis	21
1.6. Justificación	24
Capítulo II. Marco Teórico	28
2.1. Perspectiva Ecológica Social	28
2.1.1. Modelo Ecológico del Desarrollo Humano	28
2.1.2. Ambiente Familiar	29
2.2. Psicología de la Salud	31
2.2.1. Modelo de Creencias de Salud.....	33
2.3. Sexualidad y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes.....	35
2.4. Conducta de Autocuidado.....	36
2.5. Bienestar	38
2.5.1. Bienestar Físico y Social	38
2.5.2. Bienestar Psicológico	39
Capítulo III. Método.....	41
3.1. Fase Uno: Estudio Piloto	41
3.1.1. Participantes.....	41
3.1.2. Instrumentos.....	43
3.1.3. Procedimiento	45
3.1.4. Análisis de Datos	46
3.2. Fase Dos: Prueba de Modelo Estructural.....	47
3.2.1. Participantes.....	47
3.2.2. Instrumentos.....	49

3.2.3. Procedimiento	50
3.2.4. Análisis de Datos	51
Capítulo IV. Resultados	53
4.1. Fase Uno: Estudio Piloto	53
4.2. Fase Dos: Prueba de Modelo Estructural.....	63
4.2.1. Análisis Factoriales Exploratorios	63
4.2.2. Análisis Factoriales Confirmatorios	75
Capítulo V. Discusión.....	87
5.1. Limitaciones.....	93
5.2. Aportaciones del estudio.....	96
5.3. Sugerencias para estudios posteriores.....	98
Referencias.....	99
Cronograma.....	115
Anexos	117

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para revisión sistemática de la literatura.....	11
Figura 2. Propuesta de modelo estructural entre variables.....	23
Figura 3. Ingreso mensual familiar aproximado.....	42
Figura 4. Ingreso mensual familiar aproximado.....	48
Figura 5. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Accesibilidad dentro del Hogar.....	75
Figura 6. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Privacidad.....	76
Figura 7. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Habitabilidad.....	76
Figura 8. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Conflicto Familiar.....	77
Figura 9. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Funcionamiento Familiar.....	78
Figura 10. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Conducta de Autocuidado.....	79
Figura 11. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Propósito de Vida.....	80
Figura 12. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Control Personal.....	80
Figura 13. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Planes a Futuro.....	80
Figura 14. Análisis Factorial Confirmatorio del factor Rechazo Personal.....	81
Figura 15. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Bienestar Psicológico.....	81
Figura 16. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Creencias de Salud.....	82
Figura 17. Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Conducta Sexual de Riesgo.....	83
Figura 18. Modelo de ecuaciones estructurales.....	85
Figura 19. Modelo estructural aplicando técnica de parcelas.....	86

Índice de tablas

Tabla 1. Artículos incluidos en la Revisión Sistemática.....	12
Tabla 2. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Hacinamiento.....	53
Tabla 3. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Privacidad.....	54
Tabla 4. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Ruido Exterior.....	55
Tabla 5. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Funcionamiento familiar.....	56
Tabla 6. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta de autocuidado.....	57
Tabla 7. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Bienestar Psicológico.....	59
Tabla 8. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Creencias de Salud.....	60
Tabla 9. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta Sexual de Riesgo.....	62
Tabla 10. Alfa de Cronbach por escala y por factor.....	62
Tabla 11. Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Accesibilidad dentro del Hogar.....	64
Tabla 12. Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Espacio dentro del Hogar....	64
Tabla 13. Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Privacidad.....	65
Tabla 14. Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Ruido Exterior.....	65
Tabla 15. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Funcionamiento Familiar.....	66
Tabla 16. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta de Autocuidado.....	67
Tabla 17. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Bienestar Psicológico.....	68
Tabla 18. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Creencias de Salud.....	69
Tabla 19. Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta Sexual de Riesgo.....	71
Tabla 20. Alfa de Cronbach por escala y por factor.....	71
Tabla 21. Prueba Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors (normalidad de datos por factor).....	72
Tabla 22. Matriz de coeficiente de correlación de Spearman por variable.....	73
Tabla 23. Matriz de coeficiente de correlación de Spearman por factor.....	74

Resumen

Se sometió a prueba un modelo estructural para examinar la relación entre la conducta sexual de riesgo, los factores cognitivos (las creencias de salud respecto a la conducta sexual), los factores positivos (conducta de autocuidado y bienestar psicológico) y el funcionamiento familiar de adolescentes sonorenses. El estudio es cuantitativo, de diseño no experimental, transaccional, de alcance correlacional-explicativo. Se dividió en dos fases con metodología y finalidad distintas: en la fase uno (estudio piloto) se obtuvieron las propiedades psicométricas de los instrumentos aplicados y en la fase dos (prueba de modelo estructural) se sometió a prueba el modelo estructural planteado. La muestra final se conformó por 271 estudiantes de un bachillerato público en Hermosillo, Sonora, con edades entre 14 y 18 años ($M= 15.96$, $DE = .873$), siendo de sexo femenino 63.3% y de sexo masculino 35.6%. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y pruebas de confiabilidad a las subescalas. Igualmente, los valores KMO y de esfericidad de Bartlett reflejaron la validez de aplicar un análisis factorial exploratorio a las subescalas. En la fase dos se llevaron a cabo pruebas de normalidad de datos con la prueba Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors, y posteriormente, análisis de correlación bivariada de Spearman. El modelo estructural se conformó por cuatro variables con 47 ítems, mostró índices de bondad de ajuste aceptables: $\chi^2= 32.29$ (22 gl), $p= 0.06$; NFI= .961, NNFI= .977, CFI= .986, RMSEA= .04, Alfa global= .78.

Palabras clave: *adolescencia; conducta sexual de riesgo; ambiente familiar; bienestar psicológico; conducta de autocuidado; creencias de salud.*

Capítulo I. Introducción

1.1. Antecedentes

El presente estudio pretende analizar si existe una relación entre variables de la psicología de la salud con una perspectiva ecológica social, específicamente, pretende examinar la relación entre la conducta sexual de riesgo (en lo sucesivo CSR) de los adolescentes con su funcionamiento familiar, los factores cognitivos (creencias de salud respecto a la conducta sexual) y los factores positivos (conducta de autocuidado y bienestar psicológico). En este sentido, se reconoce que es poca la evidencia empírica respecto a la relación entre tales variables, por tal razón, este estudio ofrece una visión más profunda del comportamiento de los adolescentes y aporta antecedentes para futuras investigaciones.

Respecto a la perspectiva ecológica, esta pertenece a la psicología ambiental la cual se encarga de estudiar la interacción entre el ser humano y el medio ambiente en el que este se encuentra, y aborda el estudio de variables psicológicas que según Baldi y García (2005) incluye creencias, actitudes, competencias, conocimientos, etc. y cómo estas se interrelacionan por la interacción entre el individuo y su ambiente. La importancia de realizar investigaciones en este ámbito radica en la necesidad de conocer y explorar a fondo las repercusiones de la actividad humana en el ambiente, así como el impacto de este sobre los individuos y sus conductas, pues los escenarios que rodean y sustentan al individuo ejercen una gran influencia en su manera de pensar, sentir y comportarse (Ramírez y Durán, 2002).

Asimismo, para Poblete y López (2019) la psicología ambiental ofrece un conocimiento más profundo de la relación hombre-ambiente y su complejidad; y establecen que, al ser un ente social, el ser humano se verá rodeado de interacciones que promuevan la adquisición de “conocimientos, comportamientos, valores, creencias, juicios y normas sociales que se pueden

realizar para la protección y mejora del medio ambiente” (Poblete y López, 2019, p. 4). Igualmente, explican que estas interacciones pueden adquirirse en distintos contextos, siendo el más común el ambiente familiar. En este sentido, se reconoce a la familia como parte fundamental del ambiente social y, por lo tanto, tiene un impacto directo en el desarrollo de cada uno de sus miembros, específicamente en los adolescentes, y ciertas características dentro del funcionamiento familiar y la comunicación existente entre sus miembros podrían predecir o promover ciertas conductas en los adolescentes, pues según Pérez et al. (2018), características del funcionamiento familiar como el nivel de comunicación entre sus miembros, la calidez y cercanía tienen un rol muy importante como factores protectores de conductas de riesgo en adolescentes. Asimismo, para Valenzuela et al. (2013) el rol de la familia es primordial en cuanto a la prevención de conductas de riesgo, pues actúa como un factor protector y facilitador en el desarrollo sano y pleno de los adolescentes, pues dependiendo del grado de funcionalidad que exista en su interior, la familia educa y forma a los hijos para enfrentarse a la vida fuera del núcleo familiar.

Mientras que, en cuanto al ambiente físico del individuo, resulta importante estudiar al respecto ya que algunas condiciones físicas del hogar pueden influir sobre el comportamiento, es decir, ciertas condiciones de habitabilidad como el hacinamiento, la privacidad y ruido en la casa (por mencionar algunas) podrían comprometer la salud y bienestar de las personas. Al respecto, Díaz et al. (2020) consideran que el hacinamiento puede tener un impacto psicológico sobre los individuos, además de ser un elemento importante del bienestar. Asimismo, reconocen a la privacidad en el hogar como un factor considerable, pues esta condición podría interferir en las interacciones sociales, provocar estrés y provocar problemas de comportamiento en sus miembros.

En este sentido, estudiar variables del ambiente físico y social de un individuo permiten entender de mejor manera el comportamiento de este, pues de acuerdo con Sánchez y Rosales (2017) para que un individuo tenga una conducta preventiva respecto a enfermedades, es necesario analizar su entorno y ambientes, cómo se relacionan y cómo interactúan entre sí.

Por otro lado, existe una concepción global de lo que estudia y no la psicología de la salud, entendiendo que se especializa en aspectos salutogénicos y patogénicos de la conducta. No obstante, según Rodríguez et al. (2016) esta se ha apoyado de otras disciplinas como la medicina, enfermería, sociología y educación para obtener una visión de salud más amplia y así, otorgar a especialistas e investigadores una combinación de elementos que permitan abordar el estudio de la conducta desde una perspectiva multidisciplinar cuya finalidad sea la promoción de la salud. Entonces, de acuerdo con Martell et al. (2018), tanto a la psicología de la salud como a la sociología de la salud les compete analizar las distintas prácticas sexuales de los adolescentes debido a los posibles riesgos que traen consigo ya que a largo plazo podrían traducirse en implicaciones a la salud pública como un posible incremento en la tasa de embarazos no deseados, la prevalencia en enfermedades de transmisión sexual (ETS) o infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos, etc.

Dentro de psicología de la salud existen modelos y teorías que permiten explicar el comportamiento del individuo alrededor de su salud, uno de los más importantes es el Modelo de creencias de salud (en lo sucesivo MCS). De manera general, para Misra y Kaster (2012), las creencias de salud (en lo sucesivo CdS) abarcan aquellas ideas y concepciones que las personas tienen sobre su salud: lo que creen que la constituye, la causa de las enfermedades que pueden padecer y cómo podrían superarlas. Para determinar el tipo de creencia que la persona tiene se utiliza el MCS el cual divide a las creencias en cinco categorías: susceptibilidad, severidad y

barreras percibidas, autoeficacia y beneficios percibidos. El MCS permite conocer la probabilidad de que una persona realice acciones preventivas de una enfermedad, así como la probabilidad de adhesión a un tratamiento. Para Carballo (2017), las CdS de los adolescentes pueden verse influidas por variables como la edad, el sexo, nivel cultural, factores sociales (opiniones de amigos, familia, etc.), y conocimientos propios sobre la enfermedad o padecimiento, en este caso, sobre la CSR, incluyendo embarazos no deseados, ETS/ITS, etc.

Estudiar las CdS permite conocer cuál es la percepción de los adolescentes y así, determinar posibles predictores y factores promotores de la misma CSR. En este sentido, según un estudio realizado por Cunill et al. (2012) en una población adolescente se presentaron variables que predijeron la intención de uso de preservativo, por ejemplo: la creencia en los resultados de la conducta (es decir, la eficacia del preservativo como método para evitar el contagio de VIH), la norma subjetiva (es decir, la creencia de que sus amigos o pares también lo utilizan), y el control conductual percibido (es decir, se sienten con la capacidad de usar anticonceptivos y de negarse a tener relaciones sexuales sin protección). Estos resultados arrojan una visión de la percepción de los adolescentes, lo cual permitirá determinar las variables que afectan y promueven la aparición de CSR, además, posibilitar la creación de programas de educación sexual.

De la misma manera, Asare et al. (2013) al estudiar las CdS sobre conducta sexual encontraron que la susceptibilidad percibida, las barreras percibidas y la autoeficacia son predictores importantes del uso de condón. Así, resulta interesante para fines de esta investigación analizar cuáles son las CdS de los adolescentes en cuanto a la conducta sexual, tomando como referencia el MCS, ya que son pocos los estudios enfocados en población adolescente, e investigaciones como la de Ningrum (2021) sirven de antecedente para el análisis

de las CdS, pues indica que mientras un adolescente se considere vulnerable a padecer CSR creará que habrá consecuencias en su salud, lo que les permite tener autoconfianza en su capacidad de evitar tales conductas sexuales.

Dentro del marco de psicología de la salud, se encuentra otra variable de interés para el estudio: la conducta de autocuidado (en lo sucesivo CdA), que se refiere a aquellos comportamientos encaminados al cuidado de la salud y bienestar propios. Para Torres et al. (2021), el autocuidado se divide en tres dimensiones: físico, psicológico y espiritual, el cual, según la literatura, se relaciona con un menor consumo de sustancias nocivas, actividad física, dieta balanceada y prácticas sexuales seguras, de ahí la importancia de estudiar la relación entre CdA y CSR en los adolescentes. Asimismo, estos autores sugieren que practicar conductas de autocuidado no solo permite mejorar la salud y prevenir enfermedades, sino también genera un impacto positivo en su bienestar. Aunado a esto, para Lichner et al. (2021) indicadores de autocuidado y autoconcepto se relacionan con el tipo de crianza que tienen los adolescentes en sus hogares, sugiriendo que lo que sucede alrededor de un adolescente repercute en su comportamiento y se refleja en indicadores de autocuidado y autoconcepto, lo que permite reducir o desarrollar conductas de riesgo en estos.

Igualmente, es preciso mencionar la relevancia de la CdA en relación con la pandemia a causa del COVID-19, pues durante este periodo se evidenció la importancia de practicar CdA como un factor protector de la salud. En este sentido, Hoo et al. (2021) reportan que la reducción de comportamientos sexuales de las personas durante la pandemia puede atribuirse a un mayor riesgo percibido de contraer COVID-19. Asimismo, Álvarez y González reportaron que otros cambios en el comportamiento sexual observados en la población durante esta etapa consisten en

el aumento de conductas agresivas dentro del hogar, relaciones sexuales sin protección y el abandono de tratamientos por ETS, etc.

Por otro lado, según García-Alandete (2014) existe un modelo teórico multidimensional sobre bienestar psicológico (en lo sucesivo BP) que ha sido extensamente utilizado y aceptado, postulado por Carol Ryff, el cual se refiere al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de uno mismo (Ryff, 1989).

El BP es un factor importante en relación con la CSR; para Gonçalves et al. (2007) un bajo nivel de BP se relaciona con una disminución de las preocupaciones por las posibles repercusiones a la salud personal a causa del comportamiento riesgoso, es decir, un bajo nivel de bienestar psicológico podría contribuir con la aparición de CSR. No obstante, para De los Santos y Gutiérrez (2017) un alto nivel de BP se asocia con un incremento de conductas de autocuidado, además de disminuir conductas de riesgo relacionadas con la salud física, emocional, mental y social de los adolescentes.

Por último, se llevó a cabo una revisión sistemática en los principales repositorios científicos disponibles en línea con la finalidad de enriquecer el sustento teórico de la presente investigación, así como encontrar elementos clave para la redacción de la discusión. Se realizó la búsqueda siguiendo criterios del método PRISMA (por sus siglas en inglés Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) el cual se publicó en 2020, consta de una lista de verificación de 27 ítems (checklist) y un diagrama de flujo del proceso, que según Page et al., (2021) se diseñó principalmente para estudios que evalúan intervenciones de salud. Igualmente, se utilizó la técnica PICO (del acrónimo en inglés Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Landa-Ramírez y Arredondo-Pantaleón, 2014) que facilitó la delimitación de la

pregunta de investigación, la identificación de los términos y palabras clave; además de la selección de los operadores booleanos AND y OR.

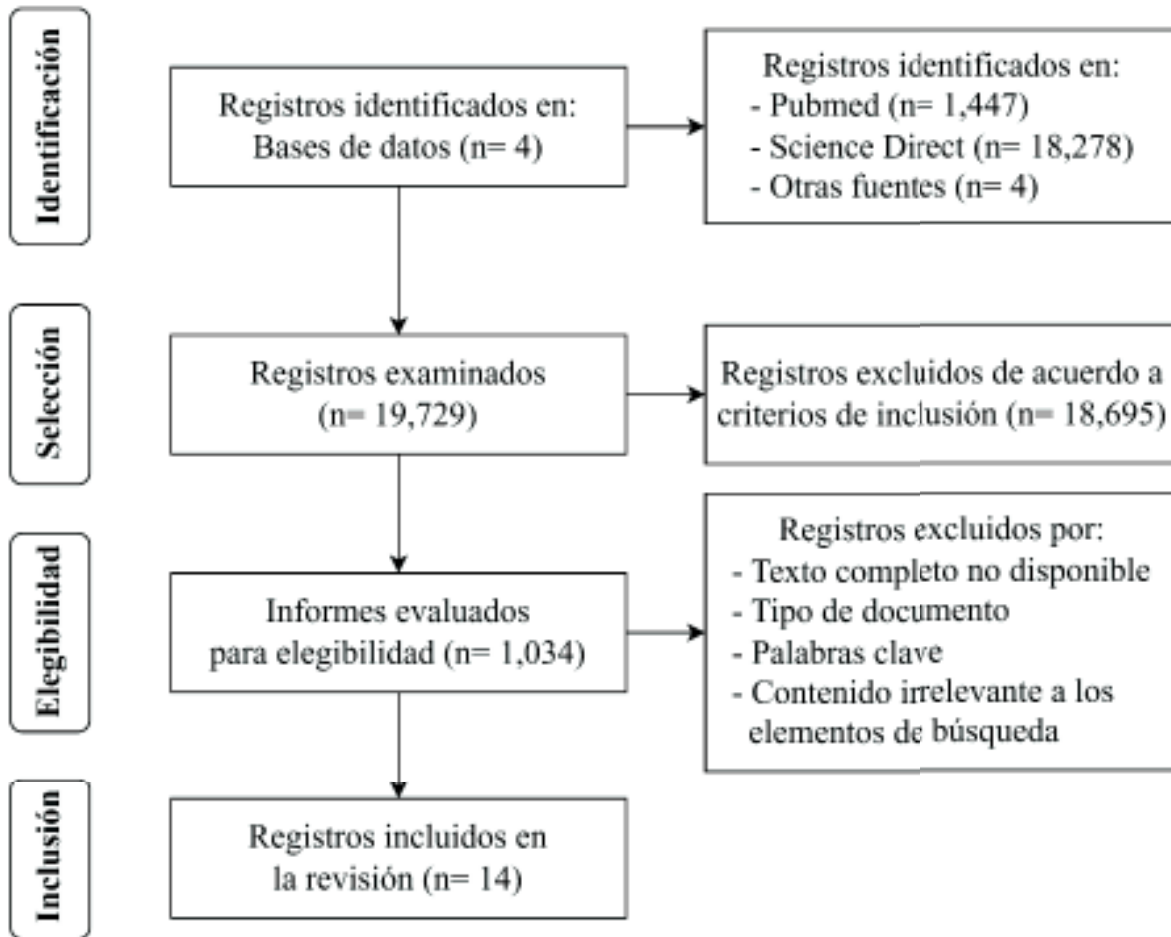
Para la búsqueda de artículos se creó una fórmula compuesta por tres elementos: 1) Conducta Sexual de Riesgo, 2) Adolescentes, y 3) la variable de interés (en este caso se realizó una búsqueda por cada variable o en su defecto, por cada factor de interés), por ejemplo: (conducta sexual de riesgo) AND (adolescentes) AND (funcionamiento familiar), otras palabras clave fueron: conducta de autocuidado, bienestar psicológico y creencias de salud. La fórmula se aplicó en dos bases de datos: Pubmed y Science Direct, pero se agregaron registros de otras fuentes como Google Scholar y Tandfonline.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: a) estudios transversales y/o correlacionales, b) tipo de documento: artículo, revisión o revisión sistemática, c) idioma inglés o español, d) open Access, y e) texto completo gratuito. Para los criterios de exclusión: a) texto completo no disponible, b) tipo de documento distinto (libro, capítulo, acta, etc.), c) palabras clave irrelevantes, d) población mixta (adolescentes y adultos o niños). Se limitó la búsqueda entre los años 2017 y 2023, a excepción de las revisiones sistemáticas donde se limitó el rango de fechas entre 2020 y 2023.

La búsqueda en bases de datos arrojó un total de 19,729 registros, de los cuales se eliminaron 18,695 de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. En el siguiente diagrama de flujo se ejemplifica el proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los registros encontrados (véase figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA para revisión sistemática de la literatura



Se incluyeron un total de 14 artículos en la investigación, de los cuales cinco son revisiones sistemáticas, estos se muestran de manera descriptiva en la tabla 1. Los estudios pertenecen principalmente a Estados Unidos, Irán, Colombia, Ruanda, India, Inglaterra, Etiopía y Portugal.

Tabla 1*Artículos incluidos en la Revisión Sistemática*

Funcionamiento familiar					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
1	Alimoradi et al., (2017)*	Investigar los factores que contribuyen a los comportamientos sexuales de alto riesgo en mujeres adolescentes iraníes	Revisión sistemática. Indagaron en PubMed, Science Direct, Scopus, Scientific Information Database (SID), IranMedex, IranDoc y Google Scholar	Identificaron 16 artículos y determinaron que hay cuatro factores que contribuyen a los comportamientos sexuales de alto riesgo: el ámbito personal, familia, compañeros, escuela y comunidad	Se pueden diseñar e implementar intervenciones individuales, familiares o escolares apropiadas para fortalecer los factores de protección hacia las adolescentes
2	Orihuela et al., (2020)*	Abordar los efectos prospectivos del funcionamiento del vecindario y la familia en la preadolescencia sobre las CSR	- Usaron medidas objetivas y autoinformadas del vecindario y el FF - Utilizaron datos de las Olas 1 y 3 de Healthy Passages (investigación longitudinal de múltiples sitios sobre comportamientos de salud de los adolescentes)	Una mayor pobreza concentrada y el deterioro del vecindario se asocian con una iniciación temprana de las relaciones sexuales, mientras que una mayor eficacia colectiva y cohesión familiar protegieron contra la iniciación sexual temprana	Concluyen que aspectos físicos y sociales del vecindario, así como factores familiares, en la adolescencia temprana se relacionan con CSR posteriores en la adolescencia media
3	Garzón et al., (2021)*	Identificar y evaluar la efectividad de las intervenciones de educación sexual dirigidas a reducir las CSR en adolescentes	Búsqueda de revisiones sistemáticas. Indagaron en MEDLINE, EMBASE, Scopus, PsyArticles, Cochrane Central Register of Controlled Trials, LILACS y recursos adicionales	Incluyeron 32 revisiones e identificaron que existe una tendencia creciente en intervenciones digitales y el uso de tecnología en los adolescentes	Indican que es necesario fortalecer la implementación de educación sexual y el brindar herramientas para que los adolescentes adquieran habilidades en la toma de decisiones sexuales responsables tanto en las escuelas como en otros contextos

Tabla 1. Continuación

Bienestar psicológico					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
4	Morrison-Beedy et al. (2017)*	Identificar cuáles son las motivaciones para tener relaciones sexuales en adolescentes mujeres inscritas en el RCT del Proyecto de Mejoramiento de la Salud para Adolescentes (HIPTeens)	- Participaron 738 adolescentes mujeres de 15 a 19 años - Utilizaron encuestas tipo auto-entrevistas asistidas por computadora, incluyendo una Escala de Motivos Sexuales modificada basada en seis categorías (intimidad, mejora, autoafirmación, afrontamiento, presión de grupo y aprobación de la pareja), para evaluar los impulsores de las motivaciones de protección y promoción del riesgo	- Los principales impulsores de autoafirmación consisten en participar en conductas sexuales para aumentar la autoconfianza y en sentirse sexualmente atractivo/a - La autoafirmación y las elecciones sexuales impulsadas por sentirse mejor con uno mismo son dos motivos significativamente más altos para las jóvenes que reportaron síntomas depresivos	- Es importante abordar a los problemas de autoestima y las emociones negativas como desencadenantes de conductas de riesgo, lo que debe integrarse en las estrategias de intervención, especialmente en individuos con síntomas depresivos y/o consumidores de sustancias - Las adolescentes con síntomas depresivos estaban significativamente más motivadas a tener relaciones sexuales
5	García et al. (2019)***	Analizar la relación entre el bienestar psicológico con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos en adolescentes	Investigación no experimental, transversal correlacional – causal. Utilizaron medidas de autoinforme para 188 adolescentes entre 12 y 15 años	Observaron correlaciones significativas para bienestar psicológico: se relaciona positivamente con autoestima y autoeficacia, e inversamente con malestar psicológico y síntomas depresivos	El autoestima y la autoeficacia predicen significativamente el bienestar psicológico. En los varones se observó una diferencia significativa en cuanto al autoestima, mientras que, para las mujeres se observaron niveles más altos de sintomatología depresiva y malestar psicológico

Tabla 1. Continuación

Conducta de autocuidado					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
6	Masoumi y Shahhosseini (2019)*	Revisar los desafíos del autocuidado de los adolescentes	Artículo de revisión. Buscaron en seis bases de datos artículos entre 1994 y 2016	Los adolescentes se enfrentan a tres tipos de desafíos: culturales (creencias y convicciones, conocimientos), socioeconómicos (familia, pares, apoyo social, estatus económico y proveedores de atención médica) y personales (salud mental, género y etnia)	La conducta de autocuidado de los adolescentes se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos, económicos y sociales.
7	Lichner et al. (2021)****	Describir la conexión entre el autoconcepto y el autocuidado en relación con las conductas de riesgo de los adolescentes	Artículo de revisión	El autocuidado influye en el autoconcepto, lo que permite especular de qué manera puede afectar el grado de autocuidado que un adolescente tenga en su capacidad de prevenir e intervenir en conductas de riesgo	Encontraron que existe una relación estrecha entre el autocuidado y el autoconcepto, pues ambos tienen un efecto positivo en la predicción de conductas de riesgo en adolescentes. También mencionan que la familia y su ambiente repercute en el comportamiento del adolescente, reflejándose en el autocuidado que este pueda desarrollar e incidir en conductas de riesgo

Tabla 1. Continuación

Creencias de salud					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
8	Vergês et al. (2019)****	Explorar cuales son las principales creencias, percepciones y experiencias en sexualidad de adolescentes con VIH adquirido por transmisión vertical	Investigación cualitativa, de alcance exploratorio y descriptivo. Aplicaron entrevistas semiestructuradas a 28 adolescentes infectados con VIH	Descubrieron una falta de educación sexual y una visión que se centra en los riesgos, tales como contagio de infecciones de transmisión sexual o embarazo adolescente Existen temores frente a la posibilidad de rechazo de los otros y a transmitir el virus a la pareja o a los hijos y los invaden sentimientos de vergüenza y rabia	Las creencias de los adolescentes se refieren a la percepción del riesgo de infectar a otras personas. Sugieren que una familia involucrada en el cuidado y proyecto de vida influyen como factor protector en el comportamiento de los adolescentes
9	Cort et al. (2023)***	Examinar las relaciones directas entre las creencias sobre el estigma del VIH, la exposición a medios de comunicación y las relaciones sexuales sin protección en adolescentes y adultos jóvenes	Artículo de revisión, utilizaron una muestra de la Encuesta Demográfica y de Salud de personas africanas subsaharianas sin pareja, de 15 a 24 años, en 30 países	El efecto de las creencias sobre el estigma del VIH es dañino o está asociado con aumentos en la probabilidad de tener relaciones sexuales sin protección La exposición a los medios de comunicación se asocia con una disminución en la probabilidad de tener relaciones sexuales sin protección	Las creencias sobre el estigma pueden dar forma a los comportamientos sexuales en los adolescentes y adultos jóvenes africanos

Tabla 1. *Continuación*

Revisiones sistemáticas					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
10	Mekie et al. (2020)*	Evaluar la prevalencia de la comunicación entre padres y adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva y factores asociados	- Revisión sistemática en PubMed, EMBASE, HINARI, Google Scholar y de repositorios universitarios	- Se incluyeron 14 estudios con una muestra de 8018 adolescentes.	- La comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad es fundamental para informar a los adolescentes sobre comportamientos de riesgo y de protección, lo que resulta en una disminución en la probabilidad de que estos se involucren en CSR
11	Pozuelo et al. (2021)*	Revisar la evidencia que examina la relación entre síntomas depresivos y conductas de riesgo entre los adolescentes de países de bajos y medianos ingresos (PBMI)	- Revisión de revisiones sistemáticas, buscaron en 15 bases de datos electrónicas: estudios de cohortes y estudios de control de casos (publicados o no publicados) sobre adolescentes en PBMI, sin restricciones de fechas o idiomas	- Incluyeron 33 registros, abarcando un total de 35,918 adolescentes de 17 PBMI - Los adolescentes en PBMI con síntomas depresivos son más propensos a involucrarse en CSR y en el consumo de sustancias en comparación con adolescentes no deprimidos	- La combinación entre síntomas depresivos y el alto riesgo a involucrarse en conductas de riesgo puede dar lugar a problemas de salud física y psicológica a largo plazo, pero también a lo largo de la vida de los adolescentes, implicando una carga de salud para la sociedad como un conjunto

Tabla 1. Continuación

Revisiones sistemáticas					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
12	Bossonario et al. (2022)*	Identificar y analizar factores de riesgo de infección de VIH entre jóvenes y adolescentes (entre 15 y 24 años)	Revisión sistemática utilizando cinco bases de datos y Google Scholar, los estudios fueron seleccionados por dos revisores independientes.	Incluyeron siete estudios de los 26,191 recuperados entre 2012 y 2022. Todos los estudios se realizaron en África.	Identificaron ocho factores de riesgo para la infección de VIH en la población seleccionada: el sexo femenino, edad avanzada, baja escolaridad, la etnia negra, tener múltiples parejas sexuales, el uso inconsistente de preservativos y el inicio temprano de actividad sexual.
13	de Sousa et al. (2022)*	Revisar evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la web enfocadas en el cambio de comportamientos de salud en adolescentes	- Revisión sistemática conforme la declaración PRISMA, en PubMed/MEDLINE, Scopus, APA Journals, Web of Science y SAGE Journal de mayo a junio de 2021 - Incluyeron registros de personas entre 10 y 24 años que han participado en intervenciones de salud basadas en la web	- 13 registros evidenciaron la efectividad de las intervenciones basadas en la web para promover el cambio en el comportamiento de salud de los adolescentes, pero los clasificaron como evidencia de baja y moderada calidad según la metodología de los estudios que encontraron - De los registros, cuatro eran sobre la prevención de CSR	- Las intervenciones basadas en la web pueden contribuir al cambio del comportamiento de salud en los adolescentes, sin embargo, consideran que estos hallazgos se basan en evidencia de baja o moderada calidad, por lo que los autores sugieren que se prueben urgentemente estas intervenciones en ensayos controlados más grandes con mantenimiento a largo plazo, de preferencia un plazo mayor a seis meses

Tabla 1. *Continuación*

Revisiones sistemáticas					
No.	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados	Principales conclusiones
14	Mbengo et al. (2022)*	Identificar y sintetizar las barreras y los facilitadores de las intervenciones de prevención del VIH para reducir el comportamiento sexual de riesgo entre los jóvenes a nivel mundial	Revisión sistemática realizada en nueve bases de datos electrónicas, páginas web del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y de la Organización Mundial de la Salud. Utilizaron el enfoque del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas de métodos mixtos	Incluyeron 13 estudios que comprenden ocho estudios cualitativos, cuatro cuantitativos y un estudio de métodos mixtos. Identificaron varias barreras y facilitadores en los cinco dominios del Marco Determinante de Nilsen 2015	Identificaron varias barreras multinivel y facilitadores de intervenciones de prevención de VIH para reducir la CSR de los jóvenes. Destacan que tales intervenciones son más efectivas para cambiar aspectos no conductuales incluyendo actitudes, creencias y conocimientos relacionados al VIH

Nota: Artículos encontrados en la base Pubmed (), Science direct (**), Google Scholar (***) y Tandfonline (****).*

Se destaca que, las revisiones incluidas en el presente indican que en la CSR de los adolescentes influyen una serie de factores que se agrupan en: relaciones familiares (especialmente con los padres) y la comunicación entre los miembros de la familia, factores predictores de CSR como la presencia de síntomas depresivos y problemas de salud física y psicológica, factores de riesgo de infección de VIH (múltiples parejas, inicio sexual precoz, ausencia de uso de métodos anticonceptivos, etc.).

1.2. Planteamiento del Problema

Para Badillo et al. (2020) la población adolescente es de gran importancia debido a que se le reconoce socialmente como la etapa del ciclo vital en la que inician relaciones más significativas respecto a los cambios físicos y mentales propios del desarrollo. En este sentido, la etapa de la adolescencia es muy importante en el desarrollo del ser humano, debido a que durante estos años se presentan una serie de cambios hormonales, físicos y psicológicos, y particularmente el inicio de la vida sexual; pues según Del Toro y Gutiérrez (2015) durante esta etapa biológica existe una clara tendencia al inicio del interés sexual además del comienzo de relaciones sexuales precoces, cuyas consecuencias incluyen embarazos no deseados, CSR, contagio de enfermedades de transmisión sexual, abortos, etc.

Entonces, una CSR consiste en prácticas sexuales que ponen en riesgo el bienestar e integridad de los adolescentes al no hacer uso de métodos anticonceptivos; igualmente, suelen ser relaciones sexuales que se dan bajo la influencia de sustancias nocivas y/o adictivas, además de ser prácticas promiscuas debido al frecuente cambio de parejas entre los adolescentes (Alfonso y Figueroa, 2017). Igualmente, la CSR implica un mayor número de parejas sexuales, lo que representa un incremento en el riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual (Carballo, 2017).

Asimismo, Vargas y Barrera (2002) establecen que una actividad sexual riesgosa puede entenderse desde un punto de vista físico y psicológico. El aspecto físico hace referencia a las afectaciones a la integridad física del adolescente, como el riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos, etc. Mientras que, la visión psicológica incluye consecuencias a la salud mental que, según los autores podría reflejarse en afectaciones a la identidad y en el establecimiento de relaciones estables. Igualmente, Gonçalves et al. (2007) afirman que pueden presentarse riesgos a la salud e integridad física como consecuencia de un comportamiento sexual riesgoso, lo cual representa un riesgo para el bienestar psicológico.

También es preciso mencionar la frecuencia con la que se presentan las conductas sexuales en los adolescentes, que según Amaro et al. (2020) durante el confinamiento por COVID-19 se evidenció un cambio importante, los autores encontraron que durante este periodo los adolescentes modificaron su conducta sexual mediante la disminución de prácticas sexuales como la masturbación, consumo de pornografía y sexting, lo que se adjudica a la naturaleza de las condiciones socioambientales de ese periodo, igualmente podría explicarse una disminución en la frecuencia debido a la falta de privacidad en el hogar por el confinamiento. Así, resulta interesante analizar cuáles son las conductas sexuales de riesgo de la población seleccionada después del confinamiento por COVID-19.

De acuerdo con información de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2014) la conducta sexual en adolescentes mexicanos tiene múltiples consecuencias, en primer lugar, el embarazo adolescente en su mayoría suele ser no planeado o deseado, provoca deserción escolar y/o bajo rendimiento académico, disminuye la calidad de vida y desarrollo óptimo del adolescente, ocasiona matrimonios prematuros que también terminan en divorcios,

puede generar pobreza, falta de empleo, falta de redes de apoyo, y un notable incremento en exposición a condiciones de inseguridad, maltrato, etc.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Evaluar un modelo de relaciones entre variables: conducta sexual de riesgo, factores positivos (bienestar psicológico y conducta de autocuidado), los factores cognitivos (creencias de salud respecto a la conducta sexual de riesgo) y el funcionamiento familiar de adolescentes sonorenses.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de los instrumentos: ambiente familiar (habitabilidad y funcionamiento familiar), conducta de autocuidado, bienestar psicológico, creencias de salud y conducta sexual de riesgo.
- Analizar las relaciones existentes entre las variables descritas anteriormente.

1.4. Pregunta de Investigación

A partir de la problemática descrita surge una pregunta que hace énfasis en la relación entre factores positivos (el bienestar psicológico y la conducta de autocuidado) y los factores cognitivos (las creencias de salud enfocadas en la conducta sexual de riesgo), es decir: *¿Cuál es la relación entre la conducta sexual de riesgo con los factores cognitivos, los factores positivos y el funcionamiento familiar en adolescentes sonorenses de bachillerato?*

1.5. Hipótesis

En función de la pregunta de investigación se formulan las siguientes hipótesis:

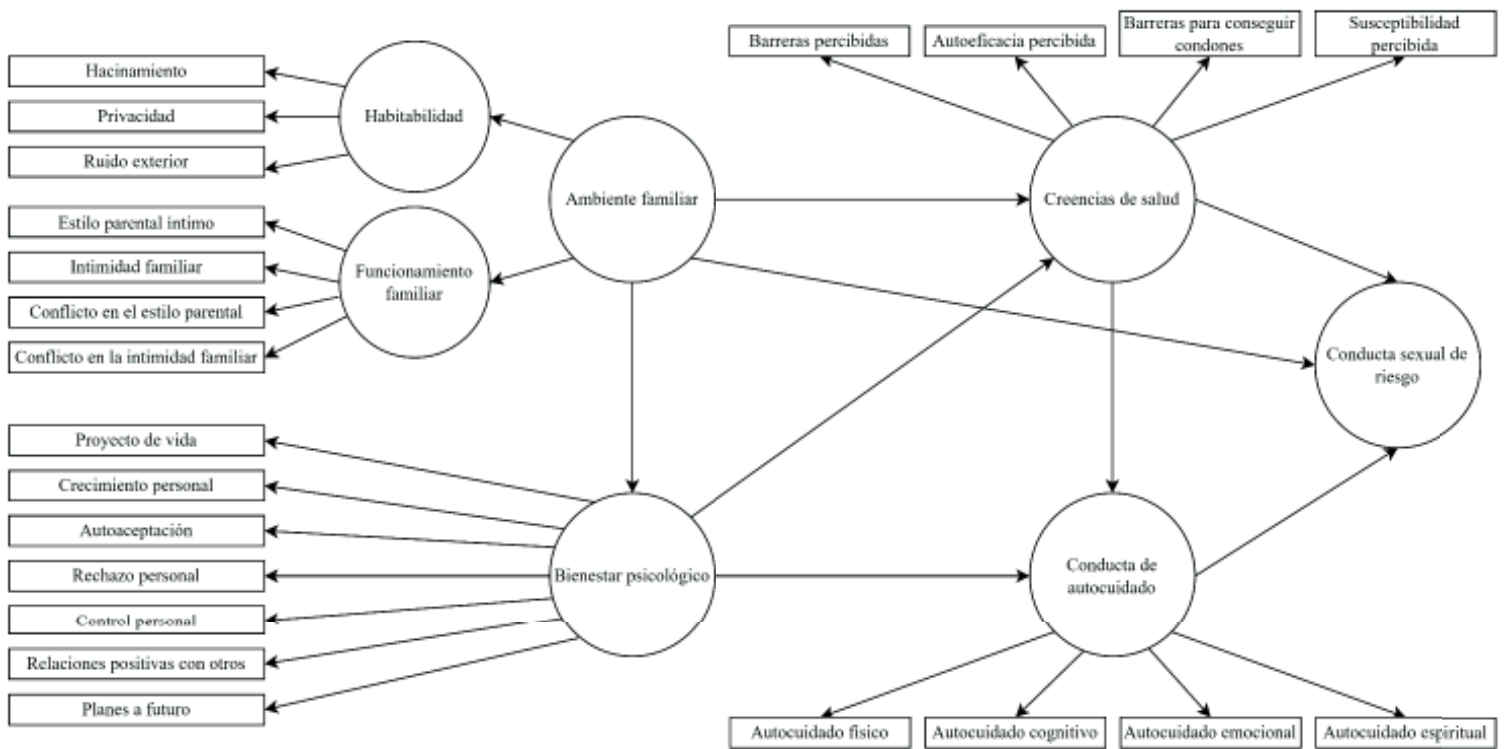
1. Existe una relación significativa entre la CSR, el bienestar psicológico y conducta de autocuidado.

2. El funcionamiento familiar se relaciona con las creencias de salud y la CSR.
3. Las CdS influyen significativamente en la conducta de autocuidado y en la CSR.
4. Existe una relación positiva entre el bienestar psicológico y la conducta de autocuidado.
5. Existe una relación positiva entre el funcionamiento familiar y el bienestar psicológico.

De esta manera, se presenta el modelo estructural a probar durante la fase dos del estudio (véase figura 2).

Figura 2

Propuesta de modelo estructural entre variables



1.6. Justificación

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2020), durante ese año se registró un total de 30.7 millones de jóvenes entre los 15 y 29 años, lo cual representa un 24.6% de la población, dividiéndose en hombres (51.6%) y mujeres (48.4%). Mientras que, en el estado de Sonora se registraron de 532,106 niños y adolescentes entre los 10 y 19 años; siendo un 50.63% hombres y 49.27% mujeres, de acuerdo con datos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ([ENAPEA], 2019).

De acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2019), una de las principales preocupaciones sobre la adolescencia consiste en que los jóvenes se encuentran en edad reproductiva y por tal motivo, se presentan CSR. Esta es un importante problema de salud pública, ya que según datos de la Dirección General de Comunicación Social de la Universidad Autónoma de México (2019), México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos adolescentes entre las naciones que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), siendo un total de 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Mientras que en el estado de Sonora durante el año 2019 se registraron un total de 95,892 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años (ENAPEA, 2019).

Asimismo, es fundamental enfatizar que en el ámbito familiar existen factores que incitan la aparición de conductas sexuales tempranas en adolescentes, por ejemplo: la violencia, la búsqueda de redes sociales de apoyo fuera del hogar, poca accesibilidad a la educación sexual por parte de los padres, vivir en pobreza, etc. Según Gaete (2015) la importancia de reconocer el rol del ambiente en el que el adolescente se desenvuelve se debe a que es un factor crucial para el desarrollo psicosocial del mismo.

Por otro lado, Lavielle et al. (2014) reconocen a la comunicación y cercanía de los miembros en la familia como factores promotores o protectores de la CSR dado que influyen en el comportamiento del adolescente al afectar directamente su salud emocional. De acuerdo con un estudio realizado en Morelos, México, la comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales tiene un impacto positivo en el comportamiento sexual de los adolescentes, según Atienzo et al. (2009) el uso del condón en la primera relación sexual es la práctica más frecuente entre los adolescentes que hablaron con sus padres sobre temas de prevención y riesgos antes de su primer encuentro sexual. Además, Atienzo et al. (2009) encontraron que en la comunicación entre padres e hijos sobre el sexo, existe una diferencia en cuanto al tipo de conversaciones que los padres y madres ofrecen al hijo o a la hija; los padres suelen hablar sobre prevención con los hijos y de riesgos con las hijas, mientras que, las madres suelen discutir sobre los riesgos con los hijos y temas biológicos con las hijas; lo anterior sugiere que próximas intervenciones en la comunicación deberían considerar una perspectiva de género en sus evaluaciones, ya que podrían obtenerse distintos resultados en las respuestas de los participantes.

En este sentido, el rol de la familia es muy importante en cuanto a la prevención de conductas de riesgo, siendo este núcleo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente (Valenzuela et al., 2013). Asimismo, para García et al. (2021) atributos como un mejor funcionamiento familiar, un mayor apoyo social y menos síntomas depresivos se asocian con una menor toma de riesgos entre los adolescentes. En este sentido, en una familia donde existen altos niveles de comunicación, satisfacción familiar y apoyo social se consideran como factores protectores de la aparición de riesgos sexuales en los adolescentes de dichas familias.

Por otro lado, Meda et al. (2004) sostienen que las creencias de salud-enfermedad están influenciadas por los estilos de vida (saludables o no) aprendidos en el contexto del individuo. Así, resulta interesante para fines de esta investigación analizar cuáles son las CdS en cuanto a la conducta sexual de los adolescentes, tomando como referencia el MCS (susceptibilidad y severidad percibidas, autoeficacia, barreras y beneficios percibidos) considerando correlatos que indiquen una tendencia a la CdA.

Finalmente, de acuerdo con Hernández et al. (2014) existen ciertos criterios para evaluar la importancia de una investigación, los cuales se dividen en las siguientes cinco categorías:

- 1) Conveniencia. El presente estudio ofrecerá un conocimiento más profundo de la relación individuo-ambiente y su complejidad. También ayudará a tener una visión más comprensiva del funcionamiento familiar con la conducta sexual de riesgo, el bienestar psicológico y conducta de autocuidado en adolescentes sonorenses.
- 2) Relevancia social. El estudio responderá a una problemática actual de salud pública, además de mostrar indicadores de funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo de adolescentes. Los resultados servirán para identificar la condición actual (psicológica, emocional y física) de los adolescentes, lo que permitirá a instituciones educativas, investigadores/as, psicólogos/as, docentes, padres y demás autoridades que jueguen un rol en el desarrollo adolescente poder utilizar la información planteada en la presente investigación, es decir, podría servir a futuras investigaciones y aportar información para intervenciones en tal población.
- 3) Implicaciones prácticas. Ayudará a identificar la relación entre factores (cognitivos y positivos) como predictores de conducta sexual de riesgo y servirá como base para diseñar futuros programas de intervención en adolescentes.

- 4) Valor teórico. Ayudará a llenar un vacío en el conocimiento sobre ambiente familiar (en su esfera social y habitabilidad del hogar), conducta sexual de riesgo, bienestar psicológico, conducta de autocuidado y creencias de salud en adolescentes, pues existe poca evidencia que demuestre una relación entre todas esas variables. Esto servirá para identificar el tipo de relación que existe entre cada variable y aportará información que permita conocer en mayor medida el comportamiento adolescente. Igualmente, con base en los resultados se realizarán ciertas sugerencias para estudios futuros.
- 5) Utilidad metodológica. Aportará instrumentos validados en adolescentes sonorenses que midan ambiente familiar (social y físico), conducta de autocuidado, bienestar psicológico, creencias de salud y conducta sexual de riesgo. También complementará el estudio de variables externas al individuo, es decir, referentes a elementos del ambiente físico (habitabilidad) y del ambiente social (funcionamiento familiar). Esto contribuirá a la evaluación del comportamiento adolescente desde una perspectiva ecológica social.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Perspectiva Ecológica Social

Para Roth (2000), la psicología ambiental es una interdisciplina que distingue dos principales enfoques que, a pesar de estar interrelacionados, arrojan resultados muy diferentes: un enfoque analiza la relación del ambiente como influencia directa en el comportamiento humano y el otro, analiza los efectos e influencia del comportamiento humano en el entorno o ambiente físico. Es decir, se encarga de estudiar la relación entre el comportamiento humano y el ambiente, ya sea en un sentido u otro, con distintos métodos y técnicas. Asimismo, Zamudio (2019) propone que la psicología ambiental busca también mejorar las condiciones de los entornos urbanos con la finalidad de contribuir a la salud mental que se derive de estas variables, considerando el hacinamiento o aglomeraciones (en edificios o de personas), contaminación visual o auditiva, etc., con el objetivo final de ofrecer calidad de vida y mitigar posibles fuentes de estrés para los individuos. Entonces, dentro de esta corriente existen múltiples teorías y perspectivas que ayudan a explicar el comportamiento humano y su relación con su entorno, se destaca la perspectiva ecológica del desarrollo humano como una de las más importantes.

2.1.1. Modelo Ecológico del Desarrollo Humano

El psicólogo Urie Bronfenbrenner propuso una visión ecológica del desarrollo humano en la que se destaca el estudio de los ambientes en los que los individuos se desenvuelven (García, 2001). Bronfenbrenner (1979) en su teoría considera al ser humano como un ente activo que se desarrolla mediante una acomodación mutua con las propiedades de los entornos en que se desarrolla el individuo. La teoría se divide en cuatro sistemas, siendo relevante para la investigación el primero: el microsistema, ya que es el nivel más cercano al sujeto, hace referencia a un patrón de actividades, roles y relaciones que se dan entre las personas de un

entorno, entendiéndolo como el lugar en el que se dan las interacciones más cercanas e íntimas con otros como el propio hogar, la escuela, con los amigos, etc.

De acuerdo con Sánchez y Rosales (2017) dentro del campo de la salud es importante tomar como marco de referencia al modelo ecológico debido a que ofrece una visión amplia y distinta del humano en comparación a otras teorías del desarrollo, pues permite entender la red de relaciones e interacciones que afectan directa o indirectamente a una persona. De esta manera, es posible explicar el comportamiento dentro de un ambiente y así, entender de qué manera eso aumenta o disminuye la probabilidad de adquirir una enfermedad o de prevenirla.

Entonces, de acuerdo con el modelo ecológico y con la finalidad de que un individuo tenga una conducta preventiva respecto a cierta enfermedad, es necesario analizar su entorno y ambientes, cómo se relacionan y cómo interactúan entre sí los niveles (Sánchez y Rosales, 2017). Así, se destaca la importancia de considerar al ambiente como un factor significativo en cuanto al tipo de influencia que ejerce sobre el comportamiento de cada persona, además, permite visualizar y determinar el tipo de relaciones que tienen un rol importante en este proceso.

2.1.2. Ambiente Familiar

Ruiz-Cárdenas et al. (2017) en su estudio definen al ambiente familiar como “la percepción que tienen los hijos adolescentes de las relaciones familiares con sus padres y los demás miembros de la familia, relacionadas con la disciplina, la comunicación, la forma en que se afrontan los problemas y se expresan los afectos y sentimientos” (Ruiz-Cárdenas et al., 2017, p. 37). Se entiende que el ambiente familiar es un constructo multidimensional que incluye variables sociales e interpersonales dentro del hogar.

No obstante, Corral et al. (2015) proponen la idea de un ambiente familiar positivo, el cual se compone de ciertos factores físicos y sociales dentro del hogar, además de presentar

indicadores de conducta sustentable. Para los autores, los factores físicos están circunscritos dentro de la habitabilidad interna del hogar, condición que se refiere a la satisfacción de las personas con su vivienda (Landázuri y Mercado, 2004), en la cual se encuentran la temperatura, iluminación, privacidad y hacinamiento, factores que en teoría proporcionan una sensación de bienestar psicológico (Corral et al., 2015).

Dentro de los factores sociales se reconoce al funcionamiento familiar, el cual según Durón (2016) forma parte del ambiente familiar y está compuesto por seis constructos hipotéticos definidos por Noller et al. (1992): adaptabilidad, cercanía, comunicación, fomento de la autonomía, estilo familiar y estructura familiar; los autores diseñaron una escala para medir el funcionamiento familiar y proponen que está compuesto por tres subescalas: intimidad familiar, estilo parental y conflicto familiar. También, Reyes y Oyola (2022) definen al funcionamiento familiar como el conjunto de relaciones interpersonales que permiten la satisfacción personal de cada miembro de la familia, y cumple dos criterios básicos para una vida armónica: el imposibilitar la aparición de conductas de riesgo y el facilitar el desarrollo integral de cada miembro. En este sentido, según Pérez et al. (2018) características del funcionamiento familiar pueden constituir un factor predictor de las CSR en los adolescentes, específicamente en cuanto al inicio de la vida sexual de estos.

Por otro lado, dentro del ámbito de la psicología la familia es el núcleo primordial de las personas, pues es ahí donde se generan las relaciones más importantes para el desarrollo psicosocial adecuado de sus miembros. En este sentido, la familia refleja lo que ocurre en la sociedad como un todo. Esto lo demuestran Reyes y Ávila (2016) al afirmar que la familia no siempre influye de manera óptima en la formación de los hijos.

A la vez, la psicología, la pedagogía, la antropología y la sociología en su vasta literatura confirman la importancia de los padres en el desarrollo armónico o patológico de los hijos. El ejemplo que ofrecen las madres y los padres es significativo ya que según Caricote (2008) los/las adolescentes aprenden sobre sexualidad de sus padres al observar su comportamiento desde casa; los padres enseñan valores y creencias de manera expresa y tácita mediante el ejemplo, de ahí la importancia de ofrecer ejemplos positivos y sanos de salud sexual y reproductiva.

Es importante mencionar que dentro de la familia se pueden presentar ciertas conductas nocivas que podrían favorecer el desarrollo de factores de riesgo, tomando como indicadores un entorno y estilos parentales inadecuados, falta de comunicación y conflicto entre sus miembros (Alfonso et al., 2019). Asimismo, los autores indican que si en el entorno familiar no existe una adecuada educación sexual, además de una escasa comunicación entre padres e hijos, esto representa un alto riesgo para los adolescentes, lo cual podría resultar en la aparición de conductas sexuales de riesgo, entre otras consecuencias al bienestar.

De esta manera, se reconoce que las interacciones, estilos de crianza y estilos parentales pueden afectar al desarrollo socioafectivo en la infancia y adolescencia de los hijos (Cuervo, 2010). Asimismo, Oliva et al. (2008) en su investigación sobre estilos relacionales parentales y ajuste adolescente, demuestran que el estilo de crianza democrático posee una clara superioridad sobre el estilo estricto y el indiferente, tanto en la madre como en el padre. Esto destaca la importancia de la calidad emocional de la relación entre padres e hijos adolescentes.

2.2. Psicología de la Salud

Una amplia definición de psicología de la salud es, según Oblitas: “la disciplina de especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el

tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad” (Oblitas, 2008, p. 10). Entonces, se enfatiza la importancia de la salud en los estados psicológicos y viceversa; para Oblitas (2008) esto se refleja cuando las emociones, de carácter positivo o negativo, generan igualmente un efecto positivo o negativo en el bienestar emocional y físico.

Igualmente, Stone (1988) brinda una definición concisa de psicología de la salud, indicando que es la disciplina encargada de desarrollar, aplicar teorías y competencias psicológicas a acciones del sistema de salud (Stone, 1988, p. 20). El quehacer del psicólogo se enfoca en investigar, diseñar métodos y teorías, valorar cómo esto influye en el comportamiento humano, con una inclinación a buscar el bienestar y conductas preventivas para cualquier padecimiento psicológico o físico. Igualmente, para Werner et al. (2002) al psicólogo le compete realizar actividades en pro de la salud, dejando atrás la visión de que su función solo se limita a la prevención de comportamientos promotores de factores de riesgo para la salud.

Gracias a investigaciones realizadas en el ámbito de psicología de la salud y psicología positiva, es que hoy en día se reconoce la importancia de la salud mental, considerándola como un estado de ausencia de psicopatologías, incluyendo varios aspectos positivos del individuo. Para García et al. (2020) la salud mental es la capacidad que cada individuo tiene para disfrutar de sus recursos personales, permitiendo un óptimo funcionamiento en el plano sociocultural; es decir, permite al individuo disfrutar de beneficios personales que le permitan desarrollarse plenamente en cualquier ámbito que este se involucre.

La adolescencia es importante en el desarrollo psicológico del ser humano debido a que se le considera una transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por un conjunto de cambios físicos y psicológicos significativos en cuanto al desarrollo de la personalidad, hábitos,

creencias, actitudes, etc. De esta manera, destacar la importancia de investigar la salud mental de los adolescentes corresponde a que durante esta etapa normativa se presentan múltiples cambios a nivel hormonal, físico, psicológico, social, etc.

Siendo una etapa evolutiva, la adolescencia representa también un periodo en el que el individuo se expone a factores de riesgo y múltiples comportamientos peligrosos como la experimentación con drogas, el sexo sin protección, promiscuidad, alcoholismo, conductas autolesivas, etc. De ahí, el posible resultado de estos y otros factores de riesgo traen consigo alteraciones al estado de salud; por lo tanto, la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2018) sugiere que grupos de investigación en desarrollo humano deberían fijarse como meta el investigar a profundidad la salud mental en adolescentes, con la finalidad de enriquecer el conocimiento existente y profundizar en el estudio de variables que influyen sobre el desarrollo de los adolescentes, es decir, descubrir posibles causas y efectos entre variables que afecten de manera directa o indirecta en el bienestar de cada individuo. En este sentido, Casullo y Castro (2000) y García et al. (2019) refieren que el bienestar psicológico es un indicador complejo de salud mental, considerando que mientras se perciba el desarrollo de indicadores de bienestar psicológico, se infiere un mejor estado mental en los adolescentes.

2.2.1. Modelo de Creencias de Salud

A este modelo se le considera uno de los más importantes dentro de la psicología de la salud, pues ayuda a exponer y explicar comportamientos de salud y las condiciones que ayudan a prevenir enfermedades (Carballo, 2017). El modelo de creencias de salud, ampliamente conocido como “Health Belief Model” (HBM por sus siglas en inglés), contempla las creencias sobre los beneficios, los costos y barreras para realizar el comportamiento de salud (Juárez et al., 2019).

El modelo permite entender la relación entre la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud con la percepción que éste tenga sobre la enfermedad o padecimiento, es decir, la susceptibilidad percibida dictará el comportamiento que la persona ha de realizar, en conjunto con otras condiciones como la gravedad percibida, beneficios y barreras percibidas de padecer cierta enfermedad, o en su defecto, de no padecerla. Recientemente, se le añadió una sexta dimensión llamada autoeficacia, la cual Slater (2015) la define como la autoconfianza en la capacidad de actuar. Aplicada en términos de conducta sexual, se trata de la creencia en que uno mismo tiene la habilidad de superar barreras al respecto, de tener el conocimiento de cómo usar métodos anticonceptivos adecuadamente en tiempo y forma.

Al MCS se le considera como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Kerlinger, 1979). Este permite conocer la probabilidad de que una persona realice acciones preventivas de una enfermedad, así como de adhesión a un tratamiento. Así, para que una persona ponga en práctica conductas de salud preventivas, necesita creer que es personalmente susceptible a padecer un problema de salud y que puede tener graves consecuencias en algunos componentes de su vida (Carvalho et al., 2021).

Entonces, la probabilidad de que una persona realice acciones encaminadas a evitar una enfermedad es resultado de un proceso complejo en el que el individuo tiene que creer: que es susceptible a sufrir la enfermedad; que el padecerla representa una severidad en su vida; y que tomar acción de manera eficaz en contra de la enfermedad tiene beneficios en su vida, pues reduce la susceptibilidad o severidad. De acuerdo con Cabrera et al. (2001) todo este proceso supera a las barreras psicológicas respecto a los costos de padecer la enfermedad, la posible conveniencia, el dolor que podría experimentar o de la acción preventiva.

2.3. Sexualidad y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2016) la etapa de la adolescencia se desarrolla alrededor de los 10 y los 19 años, en la que se presentan una serie de presiones sociales, además de la asunción de conductas de alto riesgo, como el consumo de alcohol o sustancias adictivas, prácticas sexuales, accidentes, etc.

El inicio de la actividad sexual en los adolescentes se presenta en edades cada vez más tempranas, y según Torriente et al. (2010) esto se debe a los cambios en la esfera social respecto a la sexualidad, además de una maduración sexual más temprana, pues sostienen que la experimentación es una conducta clave en esta etapa biológica.

Para Guerrero (2014b) existen indicadores que podrían favorecer el uso de medidas preventivas de conductas sexuales riesgosas en adolescentes, incluyendo la dimensión personal, social, etc. Entre los indicadores sociales se presenta la percepción de apoyo social por parte de la pareja, amigos, familiares y personal de servicios médicos. En cuanto a la dimensión personal se destacan los estilos de afrontamiento positivo, autoestima elevada, la percepción de tener la capacidad para llevar a cabo conductas sexuales de protección en conjunto con autoeficacia percibida.

Por otro lado, para la OPS (2018) existe evidencia empírica que demuestra que una intervención integral en salud sexual y reproductiva de los adolescentes es beneficiosa en cuanto a que se aplique en distintos niveles ecológicos: primeramente, en cuanto a políticas (con la creación de leyes y políticas que promuevan la educación integral sobre sexualidad en escuelas); con respecto a la comunidad (como un agente o aliado para la promoción de salud sexual) y a nivel escolar (en colaboración con el sector salud, permite la capacitación de docentes que hagan aportaciones adecuadas para la edad de los adolescentes mediante la implementación de

programas de educación sexual preestablecidos). Igualmente, para la OPS (2018) la implementación de programas sobre educación sexual en escuelas tiene grandes posibilidades de funcionar debido a que la mayoría de los adolescentes asiste a las escuelas y de esta manera, se aprovecha la infraestructura existente.

Sin embargo, modificar un comportamiento sexual de riesgo puede ser complicado en este grupo etario. Guerrero (2014b) sugiere que esto sería posible teniendo una visión dirigida a promover comportamientos y hábitos saludables, además de fortalecer y promover factores de protección de la salud sexual.

De la misma manera, un estudio realizado en la Ciudad de México (Palacios et al., 2007) midió la relación entre CSR y el consumo de alcohol. Identifican a la CSR mediante indicadores como: la edad de la primera relación sexual, la frecuencia de la actividad sexual, el número de parejas sexuales y la frecuencia del uso de condón en sus relaciones sexuales. Encontraron que quienes han consumido alcohol refieren mayor frecuencia de relaciones sexuales, menor uso de condón y mayor número de parejas sexuales en comparación a quienes no lo han consumido. Esto sirve como indicador para determinar la posible aparición de CSR en los adolescentes.

2.4. Conducta de Autocuidado

Para Orem (2001), el autocuidado se trata del conjunto de habilidades que un individuo desarrolla para conservar su propia vida, salud y bienestar. Una amplia definición de CdA refiere que se trata de acciones individuales que conllevan al bienestar (ya sea físico, psicológico o social) de una persona, con el propósito de prevenir enfermedades o afectaciones al estado de ánimo de las personas (Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 1993). Cuando la CdA se aplica de manera eficaz, fomenta de manera positiva a la salud y el bienestar (Orem, 2003; Lavoignet et al., 2015).

La CdA se refleja mayormente en personas maduras o en proceso de maduración que de manera autónoma practican dichas conductas, buscando un sano funcionamiento personal, desarrollo personal y bienestar (Orem, 2001; Berbiglia y Banfield, 2011, p. 269). En este sentido, el desarrollo de CdA durante la adolescencia podría exacerbarse y/o evidenciarse en un futuro. Asimismo, para Masoumi y Shahhosseini (2019) es necesario que durante esta etapa se promueva un estilo de vida saludable como una medida de prevención a problemas de salud en la adultez, destacando que enfermedades graves y comunes en la adultez como el tabaquismo, las ETS (incluido el VIH), hábitos alimenticios inadecuados y poca actividad física tienen su origen en la adolescencia.

Para Corral, et al. (2021) quienes practican conductas de autocuidado comprenden que realizar dichas conductas impactan positivamente no solo en su bienestar físico y mental, sino también en el bienestar de quienes les rodean y en la calidad del entorno físico en que se encuentren, y según los autores. Del mismo modo, indican que la CdA se relaciona con la salud tanto personal como la del sistema social en que la persona se encuentre: “la salud de un individuo no solo depende del cuidado personal, sino también del sistema social que determina las relaciones entre el autocuidado y la protección del entorno sociofísico” (Orem, 1993; Corral et al., 2021).

Por último, en función del problema planteado, Sánchez y Robles (2014) establecen que los jóvenes que se comunicaban frecuentemente con sus padres sobre temas de sexualidad referentes al uso de condón o a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, tendían a retardar el inicio de sus relaciones sexuales. Lo cual podría ser un indicador de CdA.

2.5. Bienestar

El interés por estudiar el bienestar en psicología se remonta a la época de la antigua Grecia, pues la vasta literatura indica que grandes filósofos como Platón y Aristóteles se interesaron en darle sentido y significado a este término. Recientemente, Aranda (2016) sugiere que las personas que reflejan tener un alto nivel de bienestar presentan también un alto grado de satisfacción personal consigo mismos y con el contexto en el que se desarrollan.

Según Bahamón et al. (2019) en la teoría predominan dos enfoques referentes a la felicidad entendida como una medida de bienestar: el hedónico (bienestar subjetivo) y el eudaimónico (bienestar psicológico). El primer enfoque se refiere a que la felicidad es algo relativo, pues depende de la atribución que le otorgue cada persona (Keyes et al., 2015; Bahamón et al., 2019), mientras que el segundo enfoque se centra en la autorrealización y la trascendencia personal (Arias, 2015). La felicidad es un concepto multidimensional que según Oliva et al. (2017) engloba el bienestar subjetivo, de tal manera que incluye dimensiones afectivas y cognitivas; específicamente, en cuanto al enfoque eudaimónico se destaca que durante la adolescencia este adquiere mayor valor debido a que durante esta etapa se alcanza un mayor nivel cognitivo, lo que permite realizar evaluaciones de satisfacción con la vida (Coffey et al., 2014; Oliva et al., 2017).

2.5.1. Bienestar Físico y Social

El bienestar físico se concibe en términos de salud-enfermedad y es entendido también como salud física, la cual hace referencia a la ausencia de padecimientos que afecten la calidad de vida de una persona. Mientras que, de acuerdo con Keyes (1998) el bienestar social se basa en la satisfacción del individuo con su entorno cultural y social. Este tipo de bienestar hace referencia a la calidad en la relación entre el individuo y sí mismo, y del individuo y su entorno.

En este sentido, los individuos que tienden a poseer altos niveles de bienestar social a la vez pueden crear las condiciones necesarias para que se presente un ambiente positivo que les permita poseer una mayor sensación de bienestar (Durón, 2016).

2.5.2. Bienestar Psicológico

Ryff (1989) sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico el cual denominó Modelo Integrado de Desarrollo Personal, mejor conocido como Integrated Model of Personal Development (Romero et al., 2009). Siguiendo la idea de lo establecido por Ryff el BP es un constructo que se divide en seis dimensiones: 1) autoaceptación (definida como un punto central de la salud mental, entendida como una característica de autorrealización, funcionamiento óptimo y madurez), 2) relaciones positivas con otros (criterio de madurez y componente de la salud mental, trata de relaciones interpersonales de calidad y de confianza), 3) autonomía (sentido de funcionamiento autónomo), 4) dominio del ambiente (capacidad de crear y/o controlar ambientes adecuados a las condiciones psíquicas propias, de avanzar en el mundo mediante actividades físicas o mentales), 5) propósito en la vida (creencias que le dan sentido de dirección, significado e intención a la vida), y 6) crecimiento personal (capacidad de desarrollar el potencial propio, para crecer y expandirse en la vida continuamente). Básicamente, las dimensiones de Ryff proponen que el objetivo final en la vida es desarrollar el potencial propio y la autorrealización.

Asimismo, para Corral (2012) el BP actualmente es el equivalente de salud mental, pues está encaminado al estudio de las emociones que promueven una mejoría en la salud de las personas. De acuerdo con Lavoignet et al. (2015) el bienestar psicológico subjetivo es resultado de las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona atribuye respecto a su grado de satisfacción con la vida.

Es importante enfatizar la relación existente entre el bienestar y el entorno de los adolescentes, pues según Oliva et al. (2017) el que un adolescente goce de un desarrollo sano y pleno dependerá de las relaciones que mantenga en su entorno; a razón de que el cambio en una conducta es resultado del tipo de interacción entre la persona, su entorno, la combinación de un conjunto de características biológicas y psicológicas, su familia, su comunidad y cultura en la que se desarrolla. Esto permite visualizar al entorno como un valioso factor en el desarrollo humano, renunciando a la visión del cambio de conducta como respuesta a factores meramente biológicos o de personalidad.

Para Guerrero (2014a) el bienestar psicológico en los adolescentes actúa como un factor protector ante el riesgo sexual, considerando que quienes presentan indicadores de bienestar psicológico reflejan a la vez indicadores individuales como autoestima y motivación sexual, apoyo social, resiliencia y autoeficacia en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Capítulo III. Método

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transaccional y de alcance correlacional-explicativo entre variables, de acuerdo con Hernández et al. (2014). Se divide en dos fases las cuales tienen una metodología y finalidad distintas. En la primera fase se llevó a cabo un estudio piloto, cuyo objetivo general consistió en aplicar instrumentos previamente adaptados a la población seleccionada para obtener los criterios psicométricos para el estudio final. Mientras que, la segunda fase denominada “prueba del modelo estructural” tuvo como objetivo poner a prueba el modelo estructural planteado después de haber obtenido los instrumentos validados en la fase anterior.

3.1. Fase Uno: Estudio Piloto

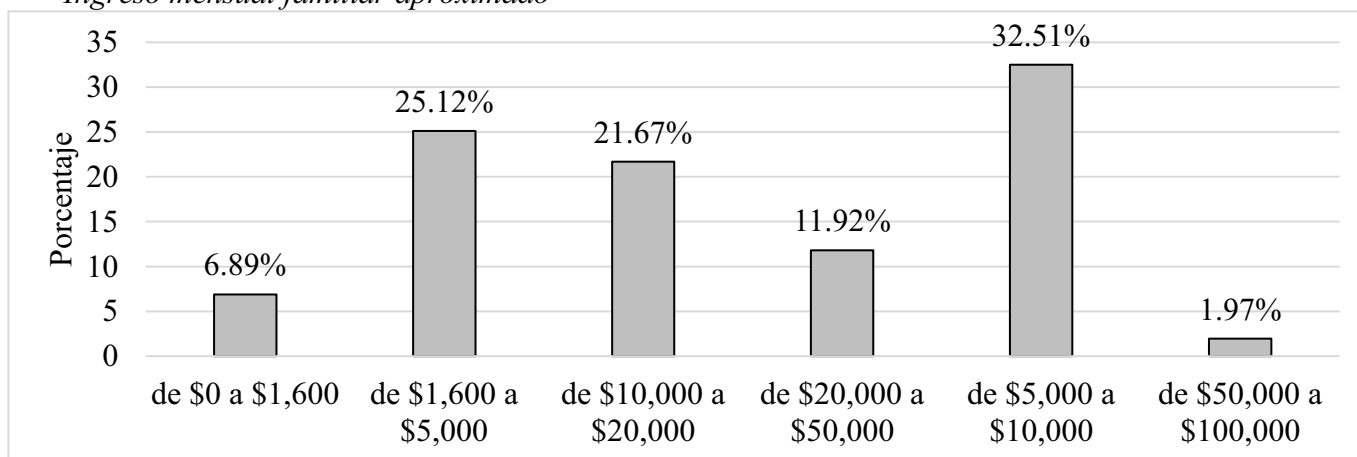
3.1.1. Participantes

Se seleccionó a los participantes mediante un muestreo no aleatorio por cuotas (Mendieta, 2015), considerando como características principales la edad y el sexo. Debido a que a los alumnos aún se les considera menores de edad, fue necesario solicitar consentimiento para participar por parte de sus padres. La muestra estuvo conformada por 203 estudiantes pertenecientes a un bachillerato público distribuidos por el estado de Sonora, cuyas edades oscilan entre los 14 y 18 años ($M= 15.96$, $DE = .873$), siendo 37.4% de sexo masculino, 60.6% de sexo femenino y 1% de los participantes prefirieron no especificar el sexo. Los/las participantes pertenecen a primer semestre (36%), tercer semestre (30.5%) y quinto semestre (33.5%); y se distribuyeron en los planteles: Aguaprieta (3.5%), Álamos (.5%), Caborca (4.5%), Empalme (5%), Etchojoa (4.5%), Guaymas (3.5%), Hermosillo (49.5%), Magdalena (2.5%), Nacozari (5%), Navojoa (4%), Pitiquito (3.5%), Pueblo Yaqui (2.5%), San Ignacio Río Muerto (6.4%) y 5.4% no especificaron su plantel.

Asimismo, el 100% de los participantes viven en una casa e indican que el tipo de vivienda es propia (84.2%), rentada (6.4%), no lo saben (4%), hipotecada (3.5%) y prestada (2%). Además, la mayoría de los participantes refiere que el ingreso mensual familiar aproximado es de \$5,000 a \$10,000 (32.5%) (véase figura 3), de \$1,600 a \$5,000 (25.1%), de \$10,000 a \$20,000 (21.7%), de \$20,000 a \$50,000 (11.8%), de \$0 a \$1,600 (6.9%) y de \$50,000 a \$100,000 (2%).

Figura 3

Ingreso mensual familiar aproximado



Por otro lado, los criterios de inclusión fueron: 1) cumplir con el rango de edad (entre 14 y 18 años), y 2) contar con un equipo de cómputo o dispositivo móvil con acceso a internet para distribuir el cuestionario de manera virtual, ya que debido a la contingencia sanitaria causada por el COVID-19 se especificó este requisito para evitar la exposición a contacto físico entre participantes. Asimismo, los criterios de exclusión incluyeron el estar fuera del rango de edad establecido e indicar ser cualquier individuo que pertenezca al plantel educativo sin ser estudiante (padres, profesores, directivos, personal administrativo, etc.).

3.1.2. Instrumentos

- 1) Datos sociodemográficos. Incluyendo edad, sexo, grado que cursan, plantel al que pertenecen, tipo de vivienda, tiempo en esa vivienda, ingreso familiar mensual aproximado, etc.
- 2) Ambiente familiar (véase anexo 1). Esta variable se midió a partir de los siguientes instrumentos:
 - Escala de Habitabilidad. Elaborada por Landázuri y Mercado (2004), adaptada por Corral et al. (2010). El instrumento original consta de siete factores con 31 reactivos tipo Likert de cinco opciones de respuesta (1= Fácil a 5= Difícil), de los cuales nueve miden hacinamiento ($\alpha = .86$), 11 miden privacidad ($\alpha = .78$), cuatro miden ruido exterior ($\alpha = .76$), cinco miden ruido interior, uno mide iluminación, dos miden temperatura y dos miden profundidad (Corral et al., 2012). Se omitieron ítems correspondientes a ruido interior, iluminación, temperatura y profundidad debido a que no cumplen con la regla de los tres ítems (Kline, 2016), el cual indica que un factor debe estar compuesto por al menos de tres ítems.
 - Escala de Funcionamiento Familiar. El instrumento original fue elaborado por Noller et al. (1992), su versión en español fue adaptada por Durón (2016) tiene 30 ítems con seis opciones de respuesta (1=Totalmente en desacuerdo a 6=Totalmente de acuerdo). Consta de tres factores denominados: a) Intimidad en la Familia (13 reactivos), b) Estilo Parental (siete reactivos) y c) Conflicto en la Familia (10 reactivos). El instrumento original arrojó índices de confiabilidad aceptables para cada dimensión: Intimidad ($\alpha = .92$), Estilo Parental ($\alpha = .68$) y Conflicto ($\alpha = .82$). De acuerdo con Bowles et al. (2011) la primera subescala se

refiere al nivel de cercanía, el compartir, expresividad y apertura en la comunicación. La segunda subescala mide el nivel de aliento o apoyo respecto a la autonomía e independencia, reglas y decisiones. Y la tercera subescala mide el alcance de los malentendidos, la interferencia parental percibida, y cualquier dificultad para resolver problemas y hacer planes.

- 3) Conducta de Autocuidado (véase anexo 2). Se midió con una escala creada por Corral et al. (2021), con 18 reactivos obtuvo un $\alpha = .94$, de cinco opciones de respuesta (0= Nunca a 4= Todos los días). Consta de tres factores denominados: a) Autocuidado físico, b) Autocuidado psicológico y c) Autocuidado espiritual.
- 4) Bienestar Psicológico (véase anexo 3). Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes de González y Andrade (2016), reportaron un alfa global de 0.76 con 29 ítems distribuidos en siete dimensiones: autoaceptación (cuatro ítems, $\alpha = 0.74$), propósito de vida (cuatro ítems, $\alpha = 0.80$), crecimiento personal (seis ítems, $\alpha = 0.79$), relaciones positivas con otros (cinco ítems, $\alpha = 0.81$), planes a futuro (cuatro ítems, $\alpha = 0.77$), control personal (tres ítems, $\alpha = 0.83$) y rechazo personal (tres ítems, $\alpha = 0.77$). La escala de respuestas es de tipo Likert con cuatro opciones (1= Totalmente en desacuerdo a 4= Totalmente de acuerdo). Para fines del estudio se añadió la opción Neutral, conformando una escala de cinco puntos en total.
- 5) Creencias de Salud (véase anexo 4). Se retomó una escala adaptada a adolescentes basada en las cinco dimensiones del MCS, aplicada por Slater (2015) que reportó un alfa global de 0.80 con 26 ítems de cinco opciones de respuesta (1= Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo). Consta de seis factores: barrera interpersonal (confianza de la pareja, $\alpha = 0.78$, cuatro reactivos), barrera estructural (accesibilidad, $\alpha = 0.71$, cinco

reactivos), barrera confort ($\alpha= 0.70$, tres reactivos), eficacia de la pareja ($\alpha= 0.88$, ocho reactivos), beneficios ($\alpha= 0.86$, tres reactivos) y susceptibilidad ($\alpha= 0.80$, tres reactivos).

- 6) Índice De Conductas Sexuales De Riesgo Modificado (véase anexo 5). Escala desarrollada por Ingledew y Ferguson (2007), traducida y validada en adolescentes mexicanos por De La Rubia y Garza (2018). Escala de nueve ítems, dos de tipo dicotómico y el resto de cuatro opciones de respuesta, agrupados en dos factores a) Sexo de riesgo (cuatro reactivos) y b) Exploración del sexo (tres reactivos). Alfa global reportado fue $\alpha= .90$. Se agregaron dos opciones de respuesta a siete reactivos en el presente estudio, dado que el instrumento original cuenta con respuestas dicotómicas, con excepción de los reactivos uno y dos, que permanecerán como en la versión original, mientras que los reactivos restantes hacen referencia a la frecuencia en ciertas conductas, por ejemplo: “¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?” O “En tus relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia utilizas algún método para protegerte de un embarazo no planeado o una infección?”, etc.

3.1.3. Procedimiento

Se solicitó permiso para distribuir el cuestionario ante Dirección General del bachillerato. Previa autorización, se diseñó el cuestionario utilizando la plataforma digital “Google Forms” el cual se compartió mediante dos enlaces electrónicos que fueron distribuidos por el jefe de departamento de Asistencia Educativa del Estado en ese momento. Un enlace contenía el formato de consentimiento informado para padres (véase anexo 6), el cual debían firmar autorizando la participación de su hijo/a. Después, se presentó un formato de asentimiento informado para los estudiantes (véase anexo 7), que igualmente debía firmarse indicando estar de

acuerdo con participar en el estudio de forma voluntaria. Asimismo, se les indicó el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas.

En cuanto a los aspectos éticos, el presente estudio se llevará a cabo con base en algunos lineamientos del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Específicamente, considerando los artículos del capítulo III desde el no. 34 al artículo no. 37, los cuales hacen referencia a la investigación en menores de edad, la obtención de un consentimiento informado y aceptación para participar en la investigación. También se consideran los artículos correspondientes al capítulo V del título segundo, respecto a la investigación en grupos subordinados, haciendo énfasis en que los participantes tienen derecho a retirarse de la investigación sin que esto afecte su condición escolar.

Asimismo, se consideran algunos artículos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007/2009) correspondientes al capítulo de consentimiento informado, es decir, desde el artículo 118 al artículo 131. Sus consideraciones hacen referencia al consentimiento informado en la investigación, asegurando que los participantes conozcan la naturaleza de la investigación, además de sus derechos a declinar o retirarse del estudio, considerando las consecuencias predecibles de retirarse y otros factores significativos. Igualmente, conforme lo establecido en el artículo 36 dentro del capítulo dos (calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo) se declara que el presente estudio es de riesgo mínimo, pues los procedimientos empleados no representan un peligro físico o psicológico para los participantes.

3.1.4. Análisis de Datos

Mediante el paquete estadístico SPSS 25.0 (acrónimo en inglés de Statistical Package for the Social Sciences [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales]) se obtuvo la estadística

descriptiva de las distintas subescalas (desviación estándar, media, mínimo, máximo), y se analizó la confiabilidad de cada instrumento a través del Alfa de Cronbach (α) considerando aceptable un valor de 0.60 para fines exploratorios y 0.70 para propósitos confirmatorios (Garson, 2013; Hernández et al., 2014).

Se realizaron análisis factoriales exploratorios (en lo sucesivo AFE) con método de extracción de factores de ejes principales y rotación varimax. Se consideraron valores de Kaiser-Meyer-Olkin (en lo sucesivo KMO) ≥ 0.5 , cuanto más próximo esté a 1 es mejor para factorización (Field, 2018) y la significancia de la prueba de Esfericidad de Bartlett ($p \leq 0.05$) (Field, 2005). Se toman en cuenta autovalores ≥ 1 para considerar la existencia de un factor y cargas factoriales significativas ($\geq .40$). Igualmente, se considera el principio de los tres ítems de Kline (2016) el cual indica que un factor debe estar compuesto por al menos de tres ítems.

3.2. Fase Dos: Prueba de Modelo Estructural

Su finalidad es poner a prueba el modelo estructural planteado después de haber obtenido los instrumentos validados en la fase anterior. La recolección de datos inició el mes de mayo de 2022 y culminó en octubre del mismo año debido a la naturaleza de la recolección (mediante el apoyo de directivos y profesores del plantel durante el ciclo normal de clases del colegio); es decir, se reanudó cuando los/las participantes regresaron a clases en el mes de agosto.

3.2.1. Participantes

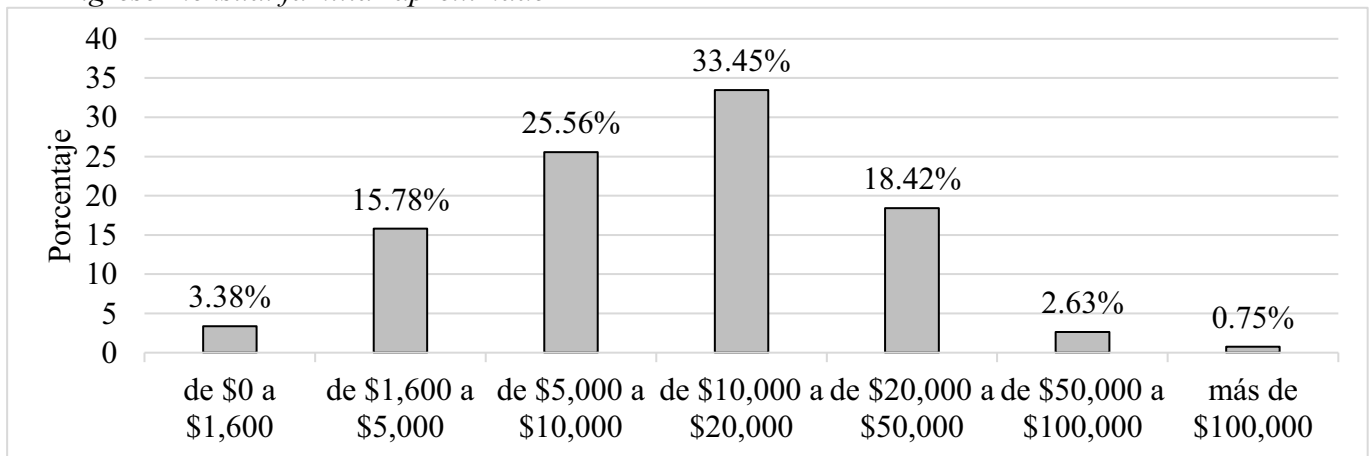
Se realizó un muestreo aleatorio simple entre participantes que asisten al mismo plantel educativo en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Se descartaron respuestas de cuestionarios incompletos o de padres y/o alumnos/as que se negaron a participar en el estudio. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando una calculadora como herramienta electrónica en distintos sitios web (QuestionPro, Qualtrics, SurveyMonkey, ADIMEN Investigación, etc.) con

base en los parámetros: población o universo (815 alumnos), margen de error (5%) y nivel de confianza (95%). El resultado que arrojaron las calculadoras era de 262 participantes.

Entonces, la muestra se conformó por 271 estudiantes entre 14 y 18 años ($M= 15.93$, $DE = .956$), siendo la mayoría de sexo femenino (63.3%), de sexo masculino (35.6%) y el porcentaje restante corresponde a quienes prefirieron no especificar su sexo y valores perdidos (1.1%). El 12.9% de la muestra cursa primer semestre, 22.5% cursa tercer semestre y 13.3% corresponde a quinto semestre. La residencia de la mayor parte de la muestra se concentra en las colonias Puerta Real (30.2%) y California Residencial (11%) ubicadas al noroeste de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Asimismo, la mayoría de los participantes viven en una casa (99.6%) y en un departamento (.4%); siendo la mayoría de casa propia (80.1%), casa rentada (8.1%), hipotecada (5.9%), refieren no saber el tipo de vivienda (4.1%), prestada (1.5%), y de otro tipo (.4%). Asimismo, el ingreso mensual familiar aproximado se muestra en la figura 4, siendo la mayoría de \$10,000 a \$20,000 (33.5%).

Figura 4

Ingreso mensual familiar aproximado



Los criterios de inclusión y exclusión son los mismos que se emplearon en la fase anterior: tener entre 14 y 18 años, ser estudiantes del mismo plantel educativo, que cuenten con

un equipo de cómputo o dispositivo móvil con acceso a internet. Por otro lado, los criterios de exclusión consisten en ser sujetos fuera del rango de edad establecido, que sean de otras escuelas o planteles y ser cualquier individuo que pertenezca al plantel sin ser estudiante (profesores, directivos, personal administrativo, etc.).

3.2.2. Instrumentos

Se utilizaron los instrumentos previamente validados y adaptados durante la primera fase.

- 1) Datos sociodemográficos. Edad, sexo, grado que cursan, tipo de vivienda, tiempo en esa vivienda, ingreso familiar mensual aproximado, etc.
- 2) Ambiente familiar. Con base en los resultados obtenidos en la primera fase, esta variable midió al Hacinamiento de manera independiente:
 - Accesibilidad dentro del Hogar. Se agruparon cuatro reactivos, Alfa global = .75.
 - Espacio dentro del Hogar. Se agruparon cuatro reactivos con un Alfa global = .70, se recodificó un solo ítem (reactivo dos).
 - Privacidad. Se agruparon cuatro ítems con un Alfa global = .79, y se eliminaron siete ítems debido al criterio de Kline (2016).
 - Ruido Exterior. Se agruparon cuatro ítems con un Alfa global = .67.
 - Funcionamiento familiar. Se agruparon 24 ítems distribuidos en cuatro factores, con un Alfa global = .87. Se recodificaron dos ítems (nueve y 14) y se eliminaron seis reactivos. Los factores obtenidos son: a) Relaciones Familiares Armoniosas obtuvo un $\alpha = .88$ (ocho ítems), b) Intimidad Familiar obtuvo un $\alpha = .86$ con cinco ítems, c) Armonía Familiar obtuvo un $\alpha = .79$ con ocho ítems, y d) Conflicto Familiar obtuvo un $\alpha = .66$ con tres ítems.

- 3) Conducta de Autocuidado. Se agruparon 12 reactivos distribuidos en dos factores denominados: a) Autocuidado Emocional ($\alpha = .80$, seis ítems) y b) Autocuidado Físico ($\alpha = .78$, seis ítems). El alfa global obtenido fue $= .87$. Se descartaron seis ítems.
- 4) Bienestar psicológico. Se obtuvieron siete factores con 28 ítems, el Alfa global fue $= .82$. Se descartó un reactivo y se recodificaron seis ítems. Los coeficientes de confiabilidad son: Crecimiento Personal ($\alpha = .84$, cinco ítems), Autoaceptación ($\alpha = .89$, cuatro ítems), Propósito de Vida ($\alpha = .90$, cuatro ítems), Relaciones Positivas con Otros ($\alpha = .83$, cinco ítems), Control Personal ($\alpha = .87$, tres ítems), Planes A Futuro ($\alpha = .75$, cuatro ítems), y por último, Rechazo Personal ($\alpha = .91$, tres ítems).
- 5) Creencias de Salud. Se obtuvieron cuatro factores con 20 ítems, con un Alfa global $= .69$. Se recodificaron dos ítems (14 y 15). El primer factor Barreras Percibidas obtuvo un $\alpha = .92$ (siete ítems), el factor Autoeficacia Percibida obtuvo un $\alpha = .85$ (cinco ítems), el tercer factor denominado Barreras para Conseguir Condones obtuvo un $\alpha = .77$ (cinco ítems) y el factor Susceptibilidad Percibida obtuvo un $\alpha = .91$ (tres ítems).
- 6) Conducta Sexual de Riesgo. Se agruparon cinco ítems en un factor con un Alfa global $= .74$, se descartaron tres ítems.

3.2.3. Procedimiento

Se solicitó autorización para distribuir virtualmente el cuestionario con todos los instrumentos ante la jefa del departamento de Asistencia Educativa del bachillerato, quien determinó el plantel donde se distribuyó el enlace electrónico. La directora del plantel seleccionado convocó el apoyo del departamento de Orientación Educativa para distribuir el cuestionario a los participantes. De acuerdo con las indicaciones de las autoridades del plantel, la recopilación de datos fue de manera virtual mediante un enlace electrónico que se compartió a

los participantes, a quienes se les extendió nuevamente una invitación a participar mencionando la importancia del estudio, además de asegurar el anonimato de sus respuestas.

3.2.4. Análisis de Datos

Para cada escala se realizaron análisis de estadística descriptiva (medias, desviación estándar, mínimo, máximo). Igualmente, se obtuvo la confiabilidad de las pruebas con el coeficiente Alfa de Cronbach ($\geq .60$) considerando aceptable un valor de 0.60 para fines exploratorios y 0.70 para propósitos confirmatorios (Garson, 2013; Hernández et al., 2014). Se toman en cuenta cargas factoriales significativas ($\geq .40$) y también se considera el principio de los tres ítems de Kline (2016). Posteriormente, se realizó la prueba Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para analizar la bondad de ajuste de las distribuciones, es decir, verificar si los datos de la muestra proceden de una distribución normal (Romero, 2016); y al obtenerse una distribución no normal de datos se procedió a utilizar la prueba de correlación bivariada de Spearman.

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios (en lo sucesivo AFC) utilizando el programa EQS 6.1 para Windows (Structural Equation Modeling Software [Programa de modelado de ecuaciones estructurales]), considerando los siguientes índices de bondad de ajuste: chi cuadrada con valores de significancia $\geq .05$ (Valdés et al., 2019), para NFI (acrónimo en inglés de Normed Fit Index [índice de ajuste normado]) y NNFI (acrónimo en inglés de Not Normed Fit Index [índice de ajuste no normado]) se consideraron valores ≥ 0.90 (Escobedo et al., 2016), para el CFI (acrónimo en inglés de Comparative Fit Index [índice de ajuste comparativo]) valores $\geq .95$ se consideraron aceptables (Valdés et al., 2019) y para RMSEA (acrónimo en inglés de Root Mean Squared Error of Approximation [conocido como error de

aproximación]) se acepta un valor cercano a .06 (Hu y Bentler, 1999), pero valores por debajo de .08 indican un ajuste aceptable del modelo (Hu y Bentler, 1998).

Dado el alto número de variables que esta investigación aborda, se aplicó la técnica de parcelas. Para Little et al. (2002), una parcela es el promedio de dos o más conjuntos de ítems que sirven para el modelamiento estructural; esto con la finalidad de minimizar posibles errores y optimizar la estructura de medición en el modelo a probar. Según Pinheiro (2008) la técnica está relacionada con aumentar la estabilidad de los parámetros a estimar y mejorar la relación entre la variable y el tamaño de la muestra. Entonces, se utilizó el programa EQS 6.1 para crear un modelo por parcelas agregando los factores correspondientes a cada variable, seleccionando los ítems al azar y dependiendo de la cantidad de ítems éstos se agrupaban en parcelas de dos o tres ítems o de uno a dos ítems. La finalidad era crear un modelo y analizar los índices de bondad para compararlo con el modelo estructural planteado.

Capítulo IV. Resultados

4.1. Fase Uno: Estudio Piloto

Para medir la variable Ambiente Familiar se aplicaron cuatro subescalas que miden la habitabilidad de la vivienda (dimensión física del hogar) y el Funcionamiento Familiar (dimensión social del hogar). Dentro de la habitabilidad, en la subescala Hacinamiento (véase tabla 2) se observó un valor aceptable en la prueba KMO (.765), al igual que en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 572.35, p < .000$). Se recodificó un ítem y los reactivos se agruparon en dos factores que en conjunto explicaron el 61.11% de la varianza total. El primer factor denominado Accesibilidad dentro del Hogar se conformó por cuatro ítems explicando el 44.33% de la varianza, y el segundo factor, denominado Espacio dentro del Hogar integrado por el mismo número de ítems, explicó el 16.78% de la varianza total.

Tabla 2

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Hacinamiento

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales	
			Factor 1	Factor 2
6. El acceso desde la sala al baño es:	1.4	.78	.75	
7. El acceso al comedor desde la cocina es:	1.3	.80	.88	
8. El desplazamiento del refrigerador al lavatrastes es:	1.3	.84	.78	
9. El acceso desde cualquiera de las recámaras al baño es:	1.4	1	.71	
2. En general el área de que disponemos en casa es: (R)	4.2	.88		.62
3. Al desplazarme por mi casa me estorba:	4.3	1.1		.54
4. En los pasillos cabemos más de una persona al mismo tiempo:	4.1	.88		.84
5. Al abrir la puerta principal desde el interior de mi casa, el espacio es:	4.4	.87		.78

Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .255, ocho reactivos

Nombre del factor: 1) Accesibilidad dentro del Hogar, 2) Espacio dentro del Hogar. R= reactivo recodificado.

Para la subescala Privacidad (véase tabla 3) se recodificaron cuatro ítems. La medida de adecuación muestral (KMO= .827) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultaron ser adecuadas ($X^2 = 606.28, p < .000$). La varianza total explicada fue de 52%; correspondiendo un 37.86% de la varianza al primer factor denominado Privacidad dentro del Hogar (integrado por siete ítems) y 14.13% de la varianza total le corresponde al segundo factor denominado Privacidad Respecto a Otros con tres ítems.

Tabla 3

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Privacidad

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales	
			Factor 1	Factor 2
1. Puedo encontrar silencio en mi casa cuando lo necesito:	2.6	1.1	.84	
2. En mi casa puedo desarrollar mis actividades sin ser molestado:	2.3	1.2	.86	
3. En mi casa puedo hacer lo que yo quiera sin que se enteren mis vecinos:	2.2	1.1	.54	
5. La privacidad en mi casa es:	1.9	1.1	.79	
6. Cuando hay visitas en su casa, ¿es posible que algún miembro de su familia descansa en su recámara sin ser molestado por el ruido proveniente de la sala y el comedor? (R)	2.7	1.3	.57	
7. ¿Es posible escuchar desde afuera de las recámaras lo que la gente habla o hace dentro de ellas? (R)	3.1	1.2	.41	
9. En qué medida se escucha lo que pasa en el baño: (R)	2.3	1.1	.57	
8. El acceso al baño sin ser visto por las visitas es: (R)	2.9	1.5		.40
10. Para evitar que mis vecinos escuchen cierro las ventanas:	2.6	1.5		.79
11. Cierro las cortinas de mi casa para evitar que mis vecinos me observen:	3.2	1.4		.78

Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .792, 10 reactivos

Nombre del factor: 1) Privacidad dentro del Hogar, 2) Privacidad Respecto a Otros. R= reactivo recodificado.

La subescala Ruido Exterior (véase tabla 4) su estructura factorial arrojó una dimensión que explica el 53.70% de la varianza total explicada. La prueba de KMO = .732 sugiere ser aceptable y la prueba de esfericidad de Bartlett también es adecuada ($X^2 = 148.52, p < .000$).

Tabla 4

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Ruido Exterior

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Carga factorial Factor 1
1. En mi casa el ruido del radio y televisores de los vecinos:	1.7	1.1	.80
2. Cierro las ventanas de mi casa para disminuir el ruido que viene fuera:	3.1	1.4	.62
3. En mi casa hablamos en voz baja para evitar que mis vecinos escuchen:	1.5	.95	.71
4. En mi casa las voces de los vecinos:	1.9	1.1	.77
Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .694, cuatro reactivos			

Mientras que, al medir la dimensión social (véase tabla 5) se identificaron cuatro factores: el primero, denominado Estilo Parental Íntimo con ocho reactivos ($\alpha = .82$), Intimidad Familiar con cinco reactivos ($\alpha = .79$), Conflicto en el Estilo Parental con cuatro reactivos ($\alpha = .63$) y Conflicto en la Intimidad Familiar con cuatro reactivos ($\alpha = .68$). Para esta subescala se recodificaron dos ítems. Los resultados de la prueba KMO = .897 indican que es una buena escala, al igual que el valor de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1595.35, p < .000$). Los factores obtenidos explican el 47.60% de la varianza total: el primer factor la explica en 29.94%, 7.29% para el segundo factor, 5.58% para el tercer factor y el último factor explica el 4.78% de la varianza total.

Tabla 5*Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Funcionamiento familiar*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales			
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
2. Cada miembro de nuestra familia tiene algo que decir en las decisiones importantes.	4.7	1.4	.44			
11. Los hijos pueden opinar cuando se establecen reglas.	4.5	1.6	.62			
16. Cada persona/miembro es animado a tener sus propias opiniones sobre las cosas.	5.0	1.4	.64			
20. Cada miembro de la familia es aceptado por lo que es.	5.1	1.5	.51			
21. Los hijos son consultados y participan en la toma de decisiones.	4.6	1.5	.60			
23. Escuchamos y respetamos los puntos de vista de cada uno.	4.9	1.3	.55			
28. Todos los miembros de la familia tienen algo que opinar en las decisiones familiares.	4.8	1.4	.70			
30. Los padres y los hijos hablan acerca de las cosas antes de tomar decisiones.	4.8	1.5	.60			
13. Nos mostramos afecto y ternura unos a otros.	4.8	1.2		.73		
15. Trabajamos juntos para solucionar problemas.	4.9	1.4		.56		
18. Los miembros de la familia se muestran sus verdaderos sentimientos entre sí.	4.4	1.5		.80		
27. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos.	4.8	1.4		.52		
29. Incluso cuando estamos en desacuerdo, nos mostramos amor unos a los otros.	4.6	1.4		.58		
5. A menudo nos malinterpretamos los unos con los otros.	3.2	1.7			.68	
12. Nos interrumpimos entre nosotros y hablamos a la vez.	3.3	1.8			.75	
19. En nuestra familia, tomar decisiones y hacer planes es un problema.	2.9	1.8			.49	
25. Los miembros de nuestra familia son capaces de mantenerse y sentirse bien. (R)	2.0	1.3			.41	
4. Somos honestos (nos decimos la verdad) los unos con los otros. (R)	2.1	1.3				.66
9. Hay mucho coraje/enfado/resentimiento entre los miembros de la familia.	2.6	1.7				.56
14. Uno de los padres se pone de parte (o de lado) con los hijos contra el otro padre.	3.0	1.8				.70
22. Es más fácil hablar de problemas con gente de fuera que con miembros de la familia. (R)	3.5	1.9				.58

Mín.= 1, Máx.= 6, Alfa global= .562, 21 reactivos

Nombre del factor: 1) Estilo Parental Íntimo, 2) Intimidad Familiar, 3) Conflicto en el Estilo Parental, 4) Conflicto en la Intimidad Familiar. R= reactivo recodificado.

Por otro lado, en la subescala de Conducta de Autocuidado (véase tabla 6), se obtuvieron cuatro factores: Autocuidado Físico con cinco ítems ($\alpha=.72$), Autocuidado Cognitivo con cinco ítems ($\alpha=.66$), Autocuidado Emocional con cinco ítems ($\alpha=.74$) y Autocuidado Espiritual con tres ítems ($\alpha=.71$). Los cuatro factores en conjunto explican el 56% de la varianza total: Autocuidado Físico explica la varianza en 33.38%, Autocuidado Cognitivo con 8.09%, Autocuidado Emocional el 7.68% y Autocuidado Espiritual explica 6.91% de la varianza. Los resultados de la prueba KMO = .868 indicando que es una buena escala, al igual que el valor de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1201.49, p < .000$).

Tabla 6

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta de autocuidado

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales					
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	
1. Realizas actividad física con regularidad para mantener la salud.	1.6	.87	.73					
4. Intentas consumir alimentos saludables.	1.9	.65	.79					
5. Realizas actividades para descansar la mente de las preocupaciones diarias	1.5	.88	.45					
7. Intentas mantener el equilibrio entre cuerpo, mente y emociones.	1.8	.81	.50					
14. Alternas la posición del cuerpo para preservar la salud.	1.6	.81	.46					
2. Participas en actividades que te ayudan a conocerte mejor a ti mismo(a).	1.4	.76		.52				
3. Prestas más atención a la mente que a las emociones.	1.8	.74		.58				
10. Intentas conocerte mejor cada día.	2.0	.78		.62				
13. Todos los días intentas estar bien contigo mismo(a).	2.2	.70		.69				
15. Enfatizas más las actividades que usan la mente.	1.6	.74		.54				
6. Haces cosas que te gustan.	2.2	.67				.66		
9. Haces cosas que te traen bienestar.	1.9	.70				.53		

Tabla 6. Continuación

11. Haces cosas que te dan placer.	1.9	.76	.64
17. Después del trabajo, realizas cualquier actividad placentera.	1.6	.86	.78
18. Cuando estás estresado(a), intentas calmar la mente.	2.0	.76	.48
8. Participas en actividades que te ayudan a ser una mejor persona.	1.7	.82	.50
12. Participas en actividades que promuevan la espiritualidad.	1.0	.86	.85
16. Meditas para mantener la mente relajada y alerta.	.7	.79	.77
Mín.= 0, Máx.= 3, Alfa global= .872, 18 reactivos			

Nombre del factor: 1) Autocuidado Físico, 2) Autocuidado Cognitivo, 3) Autocuidado

Emocional, 4) Autocuidado Espiritual.

Posteriormente, en la subescala Bienestar Psicológico en Adolescentes (véase tabla 7), los ítems se agruparon en siete factores que explican el 72.23% de la varianza total: Propósito de Vida (28.26%), Crecimiento Personal (12.82%), Autoaceptación (8.27%), Rechazo Personal (6.91%), Control Personal (6.06%), Relaciones Positivas (5.42%) y Planes a Futuro (4.47%). Se recodificaron cinco ítems y la prueba KMO = .823 indica ser una escala notable, al igual que la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2564.85, p < .000$). Los valores de alfa obtenidos para cada factor fueron: Propósito de Vida ($\alpha=.881$, cinco reactivos), Crecimiento Personal ($\alpha=.830$, cinco reactivos), autoaceptación ($\alpha=.880$, cuatro reactivos), Rechazo Personal ($\alpha=.872$), Control Personal ($\alpha=.839$, tres reactivos), Relaciones Positivas ($\alpha=.792$, tres reactivos) y Planes a Futuro ($\alpha=.691$, tres reactivos).

Tabla 7*Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Bienestar Psicológico*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales							
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	
13. Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.	3.9	1	.90							
14. Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.	3.7	1	.88							
12. Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.	4	1	.85							
15. Me he propuesto lograr varias metas.	4.3	.80	.71							
6. Si me esfuerzo logro lo que quiero.	4.4	.69	.45							
1. Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.	4.4	.77		.82						
2. Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.	4.4	.76		.78						
3. Me intereso en perfeccionar mis habilidades.	4.4	.71		.78						
4. Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.	4.1	.84		.69						
5. Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.	4.1	.86		.64						
17. Acepto mis defectos.	3.6	1.2			.85					
16. Me quiero con todos mis defectos.	3.6	1.2			.84					
18. Quisiera tener un cuerpo diferente. (R)	2.6	1.3			.79					
19. Odio mis defectos. (R)	3.4	1.1			.75					
26. Quisiera tener otro carácter.	2.3	1.2				.77				
24. Odio mi carácter.	2.4	1.1				.77				
25. Odio mi manera de ser.	2.1	1				.74				
29. Controlo mi comportamiento, aunque esté alterado (a).	3.3	1.1					.84			
28. Domino fácilmente mi carácter.	3.3	1					.83			
27. Puedo controlar mis impulsos.	3.3	1.1					.80			
9. Me cuesta trabajo relacionarme con las personas. (R)	3.3	1.1						.83		
8. Se me hace difícil hacer nuevos amigos (as). (R)	3.1	1.2						.80		
7. Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.	3.8	1						.75		

Tabla 7. Continuación

21. Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.	1.6	.89	.86
20. Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.	1.7	.91	.81
22. Para lograr lo que quiero es importante hacer planes. (R)	1.8	.82	.52

Min.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .700, 26 reactivos

Nombre del factor: 1) Propósito de Vida, 2) Crecimiento Personal, 3) Autoaceptación, 4)

Rechazo Personal, 5) Control Personal, 6) Relaciones Positivas, 7) Planes a Futuro. R= reactivo recodificado.

En la escala Creencias de Salud (véase tabla 8) los reactivos se agruparon en cuatro factores que explican el 65.59% de la varianza total: Barreras Percibidas explica el 31.31% de la varianza con ocho ítems, Autoeficacia Percibida explica el 12.08% de la varianza con cinco ítems, el factor denominado Barreras para Conseguir Condones explica el 11.33% de la varianza con cuatro ítems, y el factor Susceptibilidad Percibida explica el 10.86% de la varianza total con tres ítems. Los datos mostraron un buen ajuste, con base en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1487.03, p < .000$) y el valor de la prueba KMO = .821. Los valores de alfa obtenidos son: Barreras Percibidas ($\alpha=.888$), Autoeficacia Percibida ($\alpha=.865$), Barreras para Conseguir Condones ($\alpha=.773$) y Susceptibilidad Percibida ($\alpha=.877$).

Tabla 8

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Creencias de Salud

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales			
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
4. Si mi pareja o yo usáramos un condón, el sexo no sería tan bueno.	1.7	.95	.67			
5. El sexo se siente antinatural cuando se usa un condón.	1.9	.99	.80			
6. Los condones hacen que no quieras tener relaciones sexuales porque tienes que detenerte para ponerte uno.	1.6	.89	.77			

Tabla 8. Continuación

7. Decir que tenemos que usar condón haría que mi pareja sexual pensara que estoy teniendo relaciones sexuales con otras personas.	1.4	.77	.80	
8. Decir que tenemos que usar condón es como decirle a mi pareja sexual: "No confío en ti".	1.4	.78	.76	
9. Es probable que mi pareja sexual termine conmigo si le digo que tenemos que usar condón.	1.4	.77	.74	
10. Si tuviera un condón conmigo, a mi pareja sexual no le gustaría.	1.6	.98	.76	
11. Los condones cuestan demasiado dinero.	1.9	.98	.46	
16. Puedo hacer que mi pareja sexual acepte usar un condón sin "apagarlo/a".	3.8	1		.76
17. Puedo decirle a mi pareja sexual que deberíamos usar condón.	4.4	.85		.78
18. Antes de que estemos listos para tener relaciones sexuales, puedo hablar con mi pareja sexual sobre el uso de condón.	4.4	.86		.84
19. Puedo ponerme un condón sin "apagar" a mi pareja sexual.	4.1	.92		.78
20. Estoy seguro/a de que puedo usar condón si tengo relaciones sexuales.	4.4	.83		.75
12. Es difícil para mí conseguir condones.	2.1	1.03		.83
13. Es demasiado complicado llevar condones.	1.9	.90		.76
14. Puedo conseguir condones. (R)	2.1	1.		.71
15. Es fácil para mí tener un condón conmigo todo el tiempo. (R)	2.7	1.1		.70
1. Si tengo relaciones sexuales, contraeré el SIDA.	2.5	1.1		.91
2. Si tengo relaciones sexuales, contraeré una enfermedad de transmisión sexual (ETS).	2.6	1.1		.92
3. Si tengo relaciones sexuales durante mi adolescencia, mi pareja o yo quedaremos embarazadas.	2.7	1.1		.79
Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global =.657, 20 reactivos				

Nombre del factor: 1) Barreras Percibidas, 2) Autoeficacia Percibida, 3) Barreras para

Conseguir Condones, 4) Susceptibilidad Percibida. R= reactivo recodificado.

Por último, en la escala que mide Conducta Sexual de Riesgo (véase tabla 9) se agruparon cinco reactivos en un factor que explica el 59.49% de la varianza total. Se observó un buen ajuste de datos con base en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 157.24, p < .000$) y el valor de KMO = .766.

Tabla 9

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta Sexual de Riesgo

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales Factor 1
2. ¿A qué edad tuviste por primera vez relaciones sexuales?	1.87	1.3	.69
3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	1.25	.64	.88
4. De tus parejas sexuales, ¿Con cuántos/cuántas tuviste relaciones con poco tiempo de conocerlo/a?	1.12	.44	.78
5. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo para protegerte de un embarazo o una infección?	1.14	.45	.89
6. ¿Has mantenido relaciones sexuales sin protección porque estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	1.07	.37	.53

Mín.= 1, Máx.= 6 (sólo en reactivo 2), Mín.= 1, Máx.= 4.
Alfa global= .75, cinco reactivos

Lo anterior indica que se cumplió con el objetivo del estudio piloto, pues se obtuvo la estadística descriptiva de cada subescala y al ser aceptables y confiables, es posible utilizarlas para la evaluación del modelo estructural. Por último, el alfa de Cronbach para cada subescala y para cada factor se observa en la tabla 10.

Tabla 10

Alfa de Cronbach por escala y por factor

Escala (subescala)	Factores obtenidos	N	Alfa de Cronbach	
			Por factor	Global
Ambiente familiar: habitabilidad (segundo orden)	1- Accesibilidad dentro del hogar	4	.82	.64
	2- Espacio dentro del hogar	4	.72	
	3- Privacidad	7	.82	
	4- Ruido exterior	4	.69	
Ambiente familiar: funcionamiento familiar (segundo orden)	1- Estilo parental	8	.82	.67
	2- Intimidad familiar	5	.79	
	3- Conflicto familiar	4	.71	
Conducta de autocuidado	1- Autocuidado físico	5	.72	.87
	2- Autocuidado cognitivo	5	.66	
	3- Autocuidado emocional	5	.74	
	4- Autocuidado espiritual	3	.71	

Tabla 10. Continuación

	1- Propósito de vida	5	.88	
	2- Crecimiento personal	5	.83	
	3- Autoaceptación	4	.88	
Bienestar psicológico	4- Rechazo personal	3	.87	.70
	5- Control personal	3	.83	
	6- Relaciones positivas con otros	3	.79	
	7- Planes a futuro	3	.69	
	1- Barreras percibidas	8	.88	
Creencias de salud	2- Autoeficacia percibida	5	.86	.65
	3- Barreras para conseguir condones	4	.77	
	4- Susceptibilidad percibida	3	.87	
Conducta sexual de riesgo	1- Conducta sexual de riesgo	5	.75	.75

Nota: N= número de reactivos.

4.2. Fase Dos: Prueba de Modelo Estructural

4.2.1. Análisis Factoriales Exploratorios

En la fase anterior, para la variable Ambiente Familiar en la subescala Habitabilidad los ítems se agruparon en un factor de ocho reactivos, sin embargo, al someter al análisis de confiabilidad a los factores de manera independiente, se encontró un incremento significativo en éstos y por tal motivo se realizaron AFE de tales factores de manera independiente en esta fase. Entonces, dentro de la Habitabilidad se obtuvieron los siguientes datos: en la subescala Accesibilidad dentro del Hogar (véase tabla 11) se observó un valor aceptable en la prueba KMO (.702), al igual que en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 283.26, p < .000$). Cuatro reactivos se agruparon en un factor que explica el 58.14% de la varianza total.

Tabla 11*Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Accesibilidad dentro del Hogar*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales Factor 1
6. El acceso desde la sala al baño es:	1.30	.715	.775
7. El acceso al comedor desde la cocina es:	1.16	.529	.806
8. El desplazamiento del refrigerador al lavatrastes es:	1.24	.613	.825
9. El acceso desde cualquiera de las recámaras al baño es:	1.29	.617	.630
Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .75, cuatro reactivos			

En el factor Espacio dentro del Hogar (véase tabla 12) se observó un valor aceptable en la prueba KMO (.738), al igual que en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 190.91, p < .000$).

Se recodificó un ítem y los reactivos se agruparon en un factor que explica el 53.66% de la varianza total.

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Espacio dentro del Hogar*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales Factor 1
2. En general el área de que disponemos en casa es:	4.15	1.10	.650
3. Al desplazarme por mi casa me estorba:	4.39	.86	.786
4. En los pasillos cabemos más de una persona al mismo tiempo:	3.96	1.11	.730
5. Al abrir la puerta principal desde el interior de mi casa, el espacio es:	4.27	.937	.757
Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .70, cuatro reactivos			

En la subescala Privacidad (véase tabla 13) la medida de adecuación muestral (KMO = .742) resultó aceptable y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó ser adecuada ($X^2 = 680.81, p < .000$). Con base en el criterio de los tres ítems de Kline (2016) se eliminaron seis ítems, por tal motivo, la varianza total explicada fue de 24.38% según el factor que agrupó cuatro ítems.

Tabla 13*Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Privacidad*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales Factor 1
1. Puedo encontrar silencio en mi casa cuando lo necesito:	2.40	1.19	.864
2. En mi casa puedo desarrollar mis actividades sin ser molestado:	2.21	1.11	.907
3. En mi casa puedo hacer lo que yo quiera sin que se enteren mis vecinos:	2.28	1.17	.446
5. La privacidad en mi casa es:	1.84	1.07	.713

Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .78, cuatro reactivos

La subescala Ruido Exterior (véase tabla 14) en su estructura factorial arrojó una dimensión que explica el 50.69% de la varianza total explicada. La prueba de KMO = .716 sugiere ser aceptable al igual que la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 155.02, p < .000$). Se agruparon cuatro ítems con un $\alpha = .66$.

Tabla 14*Análisis factorial exploratorio para ítems del factor Ruido Exterior*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales Factor 1
1. En mi casa el ruido del radio y televisores de los vecinos:	1.83	1.22	.729
2. Cierro las ventanas de mi casa para disminuir el ruido que viene fuera:	3.12	1.40	.706
3. En mi casa hablamos en voz baja para evitar que mis vecinos escuchen:	1.42	.83	.645
4. En mi casa las voces de los vecinos:	1.90	1.18	.763

Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .78, cuatro reactivos

Mientras que, en la dimensión social, es decir, el Funcionamiento Familiar (véase tabla 15) se identificaron cuatro factores: Relaciones familiares armoniosas con ocho reactivos ($\alpha = .87$), Intimidación familiar con cinco reactivos ($\alpha = .86$), Armonía familiar con ocho reactivos ($\alpha = .79$) y Conflicto familiar con tres reactivos ($\alpha = .65$). Los cuatro factores explican el 47.88% de la varianza total. Se recodificaron dos ítems. Los resultados de la prueba KMO = .322 indican buen ajuste de datos, al igual que el valor de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3439.97, p < .000$).

Tabla 15*Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Funcionamiento Familiar*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales			
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
7. Somos flexibles acerca de quién hace qué en nuestra familia.	4.96	1.15	.538			
11. Los hijos pueden opinar cuando se establecen reglas.	4.61	1.48	.762			
16. Cada persona/miembro es animado a tener sus propias opiniones sobre las cosas.	5.01	1.17	.717			
20. Cada miembro de la familia es aceptado por lo que es.	5.29	1.21	.630			
21. Los hijos son consultados y participan en la toma de decisiones.	4.54	1.45	.799			
23. Escuchamos y respetamos los puntos de vista de cada uno.	4.88	1.17	.633			
28. Todos los miembros de la familia tienen algo que opinar en las decisiones familiares.	4.83	1.16	.634			
30. Los padres y los hijos hablan acerca de las cosas antes de tomar decisiones.	4.68	1.30	.657			
13. Nos mostramos afecto y ternura unos a otros.	4.47	1.45		.794		
15. Trabajamos juntos para solucionar problemas.	4.79	1.27		.608		
18. Los miembros de la familia se muestran sus verdaderos sentimientos entre sí.	4.38	1.47		.798		
26. Podemos solucionar problemas fácilmente hablando de ellos.	4.66	1.37		.494		
29. Incluso cuando estamos en desacuerdo, nos mostramos amor unos a los otros.	4.40	1.47		.676		
1. Las personas en nuestra familia se ayudan y apoyan unas a otras.	5.42	.88			.477	
2. Cada miembro de nuestra familia tiene algo que decir en las decisiones importantes.	5.02	1.08			.477	
6. Los padres usualmente están de acuerdo en cosas que involucran a la familia.	4.91	1.22			.526	
9. Hay mucho coraje/enfado/resentimiento entre los miembros de la familia. (R)	4.59	1.57			.486	
10. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros.	4.96	1.26			.553	
14. Uno de los padres se pone de parte (o de lado) con los hijos contra el otro padre. (R)	4.11	1.66			.488	
25. Los miembros de nuestra familia son capaces de mantenerse y sentirse bien.	4.90	1.22			.499	
27. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos.	4.76	1.22			.491	

Tabla 15. Continuación

5. A menudo nos malinterpretamos los unos con los otros.	3.05	1.61	.743
8. Aunque seamos bien intencionados, interferimos demasiado en la vida de los otros.	2.90	1.59	.670
12. Nos interrumpimos entre nosotros y hablamos a la vez.	2.93	1.59	.702
Mín.= 1, Máx.= 6, Alfa global= .87, 24 reactivos			

Nombre del factor: 1) Relaciones Familiares Armoniosas, 2) Intimidad Familiar, 3)

Armonía Familiar, 4) Conflicto familiar. R= reactivo recodificado.

Por otro lado, para la variable Conducta de Autocuidado (véase tabla 16), se obtuvieron dos factores que explican el 34.68% de la varianza total: 1) Autocuidado emocional con seis reactivos explica el 19.99% de la varianza, y 2) Autocuidado físico explica el 14.69% de la varianza con seis reactivos. Los resultados de la prueba KMO = .874 y el valor de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1570.43$, $p < .000$) indican buen ajuste de los datos.

Tabla 16

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta de Autocuidado

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales	
			Factor 1	Factor 2
6. Haces cosas que te gustan.	2.35	.69	.705	
7. Intentas mantener el equilibrio entre cuerpo, mente y emociones.	1.92	.83	.517	
10. Intentas conocerte mejor cada día.	2.02	.81	.529	
11. Haces cosas que te dan placer.	1.96	.767	.773	
13. Todos los días intentas estar bien contigo mismo(a).	2.22	.73	.617	
17. Después del trabajo, realizas cualquier actividad placentera.	1.74	.90	.678	
1. Realizas actividad física con regularidad para mantener la salud.	1.61	.76		.742
2. Participas en actividades que te ayudan a conocerte mejor a ti mismo(a).	1.47	.80		.505
4. Intentas consumir alimentos saludables.	1.88	.64		.652
8. Participas en actividades que te ayudan a ser una mejor persona.	1.69	.83		.517
9. Haces cosas que te traen bienestar.	2.07	.74		.560
14. Alternas la posición del cuerpo para preservar la salud.	1.67	.78		.455
Mín.= 0, Máx.= 3, Alfa global= .86, 12 reactivos				

Nombre del factor: 1) Autocuidado emocional, 2) Autocuidado físico.

Posteriormente, en la subescala de Bienestar Psicológico (véase tabla 17), los ítems se agruparon en siete factores que explican el 71.33% de la varianza total. Se recodificaron seis ítems y la prueba KMO = .864 indica ser una buena escala, al igual que la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 4723.58, p < .000$).

Tabla 17

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Bienestar Psicológico

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales							
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	
1. Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.	4.42	.80	.801							
2. Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.	4.43	.74	.811							
3. Me intereso en perfeccionar mis habilidades.	4.44	.72	.799							
4. Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.	4.06	.81	.761							
5. Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.	4.04	.94	.550							
16. Me quiero con todos mis defectos.	3.49	1.32		.855						
17. Acepto mis defectos.	3.59	1.24		.839						
18. Quisiera tener un cuerpo diferente. (R)	2.74	1.36		.766						
19. Odio mis defectos. (R)	3.34	1.34		.776						
12. Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.	3.78	1.19			.872					
13. Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.	3.71	1.22			.921					
14. Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.	3.54	1.16			.884					
15. Me he propuesto lograr varias metas.	4.18	.95			.611					
7. Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.	3.57	1.14				.776				
8. Se me hace difícil hacer nuevos amigos (as). (R)	3.07	1.25				.814				
9. Me cuesta trabajo relacionarme con las personas. (R)	3.18	1.19				.819				
10. Tengo buenas relaciones con mis compañeros (as).	4.07	.82				.621				
11. Me llevo bien con mis compañeros (as).	4.15	.78				.572				

Tabla 17. Continuación

27. Puedo controlar mis impulsos.	3.47	1.09	.835
28. Domino fácilmente mi carácter.	3.42	1.00	.814
29. Controlo mi comportamiento, aunque esté alterado (a).	3.51	1.08	.853
20. Hacer planes para el futuro es perder el tiempo. (R)	4.35	.95	.859
21. Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo. (R)	4.38	.86	.865
22. Para lograr lo que quiero es importante hacer planes.	4.05	.85	.418
23. Si lucho por alcanzar mis metas las alcanzaré.	4.50	.70	.539
24. Odio mi carácter.	2.52	1.14	.749
25. Odio mi manera de ser.	2.27	1.17	.697
26. Quisiera tener otro carácter.	2.39	1.29	.743

Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .816, 28 reactivos

Nombre del factor: 1) Crecimiento Personal, 2) Autoaceptación, 3) Propósito de Vida, 4)

Relaciones Positivas con Otros, 5) Control Personal, 6) Planes a Futuro, 7) Rechazo Personal.

R= reactivo recodificado.

Para las Creencias de Salud (véase tabla 18), 20 reactivos se agruparon en cuatro factores que explican el 68.51% de la varianza total. Los datos mostraron un buen ajuste, con base en los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3455.67, p < .000$) y de KMO = .870.

Tabla 18

Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Creencias de Salud

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales			
			Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
4. Si mi pareja o yo usáramos un condón, el sexo no sería tan bueno.	1.58	.86	.731			
5. El sexo se siente antinatural cuando se usa un condón.	1.70	.91	.742			
6. Los condones hacen que no quieras tener relaciones sexuales porque tienes que detenerte para ponerte uno.	1.56	.85	.775			
7. Decir que tenemos que usar condón haría que mi pareja sexual pensara que estoy teniendo relaciones sexuales con otras personas.	1.43	.74	.813			

Tabla 18. Continuación

8. Decir que tenemos que usar condón es como decirle a mi pareja sexual: "No confío en ti".	1.35	.68	.792
9. Es probable que mi pareja sexual termine conmigo si le digo que tenemos que usar condón.	1.45	.76	.787
10. Si tuviera un condón conmigo, a mi pareja sexual no le gustaría.	1.50	.79	.780
16. Puedo hacer que mi pareja sexual acepte usar un condón sin "apagarlo/a".	3.82	1.16	.711
17. Puedo decirle a mi pareja sexual que deberíamos usar condón.	4.47	.83	.818
18. Antes de que estemos listos para tener relaciones sexuales, puedo hablar con mi pareja sexual sobre el uso de condón.	4.43	.81	.809
19. Puedo ponerme un condón sin "apagar" a mi pareja sexual.	4.18	.94	.742
20. Estoy seguro/a de que puedo usar condón si tengo relaciones sexuales.	4.55	.75	.576
11. Los condones cuestan demasiado dinero.	2.12	1.11	.432
12. Es difícil para mí conseguir condones.	2.30	1.17	.843
13. Es demasiado complicado llevar condones.	2.38	1.21	.865
14. Puedo conseguir condones. (<i>R</i>)	2.26	1.08	.673
15. Es fácil para mí tener un condón conmigo todo el tiempo. (<i>R</i>)	3.06	1.22	.671
1. Si tengo relaciones sexuales, contraeré el SIDA.	2.51	1.08	.922
2. Si tengo relaciones sexuales, contraeré una enfermedad de transmisión sexual (ETS).	2.58	1.07	.946
3. Si tengo relaciones sexuales durante mi adolescencia, mi pareja o yo quedaremos embarazadas.	2.43	1.13	.845
Mín.= 1, Máx.= 5, Alfa global= .691, 20 reactivos			

Nombre del factor: 1) Barreras Percibidas, 2) Autoeficacia Percibida, 3) Barreras para

Conseguir Condones, 4) Susceptibilidad Percibida. R= reactivo recodificado.

Por último, en la escala que mide Conducta Sexual de Riesgo (véase tabla 19) se agruparon cuatro reactivos en un factor que explica el 39.96% de la varianza total. Se observó un buen ajuste de datos con base en los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 630.23, p < .000$) y el valor de la prueba KMO = .697.

Tabla 19*Análisis factorial exploratorio para ítems de subescala Conducta Sexual de Riesgo*

Ítem	M Media	DE Desv. Est.	Cargas factoriales	
			Factor 1	
2. ¿A qué edad tuvo por primera vez relaciones sexuales?	1.33	.92	.811	
3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	1.19	.52	.872	
4. De tus parejas sexuales, ¿Con cuántos/cuántas tuviste relaciones con poco tiempo de conocerlo/a?	1.09	.34	.615	
5. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo para protegerte de un embarazo o una infección?	1.07	.26	.813	
8. ¿Alguna vez has tenido que hacerte una prueba de embarazo, o tu pareja ha tenido que hacerse una prueba de embarazo?	1.02	.16	.579	

Mín.= 1, Máx.= 6 (sólo en reactivo 2), Mín.= 1, Máx.= 4, Alfa global= .74, cinco reactivos

A continuación, los valores obtenidos en el Alfa de Cronbach se observan en la tabla 20.

Tabla 20*Alfa de Cronbach por escala y por factor*

Escala (subescala)	Factores obtenidos	N	Alfa de Cronbach	
			Por factor	Global
Ambiente Familiar: Habitabilidad (segundo orden)	1- Accesibilidad dentro del Hogar	4	.75	.46
	2- Espacio dentro del Hogar	4	.70	
	3- Privacidad	4	.78	
	4- Ruido Exterior	4	.66	
Ambiente Familiar: Funcionamiento Familiar (segundo orden)	1- Relaciones Familiares Armoniosas	8	.87	.87
	2- Intimidad Familiar	5	.86	
	3- Armonía Familiar	8	.79	
	4- Conflicto Familiar	3	.65	
Conducta de Autocuidado	1- Autocuidado Emocional	6	.79	.86
	2- Autocuidado Físico	6	.78	
Bienestar Psicológico	1- Crecimiento Personal	5	.84	.81
	2- Autoaceptación	4	.89	
	3- Propósito de Vida	4	.89	
	4- Relaciones Positivas con Otros	5	.83	
	5- Control Personal	3	.87	
	6- Planes a Futuro	4	.75	
	7- Rechazo Personal	3	.91	

Tabla 20. *Continuación*

Creencias de Salud	1- Barreras Percibidas	7	.91	.69
	2- Autoeficacia Percibida	5	.84	
	3- Barreras para Conseguir Condones	5	.76	
	4- Susceptibilidad Percibida	3	.90	
Conducta Sexual de Riesgo	1- Conducta Sexual De Riesgo	5	.74	.74

Nota: N= número de reactivos.

Posteriormente, se muestran los resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors (tabla 21). Con base en estos resultados se determinó la pertinencia de utilizar el coeficiente de correlación bivariada de Spearman, ya que todos los factores obtuvieron un valor $p < 0.05$.

Tabla 21

Prueba Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors (normalidad de datos por factor)

Variable	Factor	D^a	p
Ambiente familiar: habitabilidad	1	.347	.000c
	2	.159	.000c
	3	.121	.000c
	4	.130	.000c
Ambiente familiar: funcionamiento familiar	5	.127	.000c
	6	.122	.000c
	7	.111	.000c
	8	.091	.000c
Conducta de autocuidado	9	.069	.003c
	10	.079	.000c
Bienestar psicológico	11	.133	.000c
	12	.090	.000c
	13	.117	.000c
	14	.062	.014c
	15	.112	.000c
	16	.189	.000c
	17	.128	.000c
Creencias de salud	18	.239	.000c
	19	.164	.000c
	20	.097	.000c
	21	.160	.000c
Conducta sexual de riesgo	22	.492	.000c

D^a = Estadístico Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors, p = significancia ($p \leq 0.05$), nombre de los factores: 1) Accesibilidad dentro del hogar, 2) Espacio dentro del hogar, 3) Privacidad, 4) Ruido exterior, 5) Relaciones familiares armoniosas, 6) Intimidad familiar, 7) Armonía familiar, 8) Conflicto familiar, 9) Autocuidado emocional, 10) Autocuidado físico, 11) Crecimiento personal, 12) Autoaceptación, 13) Propósito de vida, 14) Relaciones positivas con otros, 15) Control personal, 16) Planes a futuro, 17) Rechazo personal, 18) Barreras percibidas, 19) Autoeficacia percibida, 20) Barreras para conseguir condones, 21) Susceptibilidad percibida, 22) Conducta sexual de riesgo.

Posteriormente, en la tabla 22 se observan los resultados del análisis de correlaciones bivariadas de Spearman de las variables para conocer el grado y dirección de las correlaciones, mientras que en la tabla 23 se observan las correlaciones entre factores.

Tabla 22

Matriz de coeficiente de correlación de Spearman por variable

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Habitabilidad	1					
2. Funcionamiento familiar	.141*	1				
3. Conducta de autocuidado	.012	.388**	1			
4. Bienestar psicológico	.053	.437**	.497**	1		
5. Creencias de salud	.074	-.094	-.220**	-.140*	1	
6. Conducta sexual de riesgo	-.075	-.140*	.083	.062	-.075	1

*Nota: ** $p = < 0.01$, * $p = < 0.05$.*

Tabla 23

Matriz de coeficiente de correlación de Spearman por factor

Variable	Funcionamiento familiar			Conducta de autocuidado		Bienestar psicológico			Creencias de salud			Conducta sexual de riesgo	
Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1												
2	.687**	1											
3	.637**	.668**	1										
4	.318**	.332**	.326**	1									
5	.285**	.319**	.245**	.667**	1								
6	.292**	.259**	.270**	.416**	.378**	1							
7	.243**	.255**	.367**	.458**	.282**	.289**	1						
8	.270**	.251**	.349**	.282**	.228**	.343**	.357**	1					
9	-.018	.067	-.012	-.017	-.084	-.145*	.037	-.142*	1				
10	.012	-.078	-.025	.088	.087	.168**	.025	.072	-.521**	1			
11	-.119	-.041	-.087	-.245**	-.276**	-.074	-.062	-.158**	.315**	-.331**	1		
12	.015	.081	-.026	-.014	-.075	-.061	-.043	-.135*	.318**	-.151*	.215**	1	
13	-.116	-.181**	-.105	.092	.065	.029	.064	.011	-.081	.207**	-.127*	-.107	1

*Nota: ** p = < 0.01, * p = < 0.05. Nombre de los factores: 1) Relaciones familiares armoniosas, 2) Intimidad familiar, 3)*

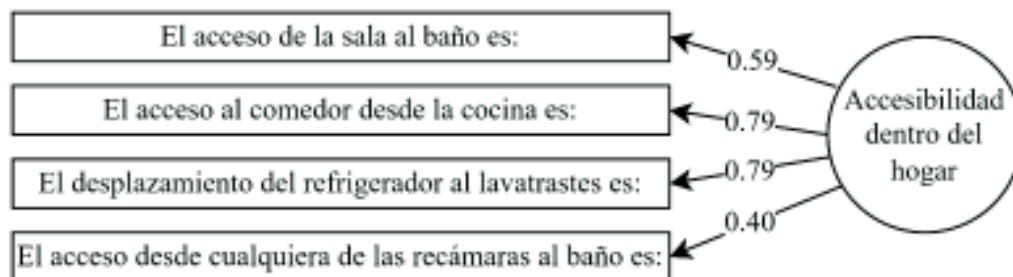
Armonía familiar, 4) Autocuidado emocional, 5) Autocuidado físico, 6) Crecimiento personal, 7) Autoaceptación, 8) Relaciones positivas con otros, 9) Barreras percibidas, 10) Autoeficacia percibida, 11) Barreras para conseguir condones, 12) Susceptibilidad percibida, 13) Conducta sexual de riesgo.

4.2.2. Análisis Factoriales Confirmatorios

Se realizaron AFC correspondientes a los resultados de la fase anterior, lo que repercutió en la eliminación de ítems y/o factores completos, pues al someterlos a prueba se observó que algunos de ellos no tenían indicios de validez de constructo y sus índices de bondad de ajuste eran inadecuados o inaceptables, y por tales motivos, se descartaron del modelo estructural. No obstante, a continuación se muestran los índices de bondad de ajuste obtenidos para cada variable. En primer lugar, la variable Ambiente Familiar en su dimensión física, es decir, la habitabilidad del hogar se conformó por cuatro dimensiones: Accesibilidad dentro del Hogar, Espacio dentro del Hogar, Privacidad y Ruido Exterior. Sin embargo, debido a los ajustes realizados tuvieron que eliminarse dos factores: a) Accesibilidad dentro del Hogar (véase figura 5), y b) Privacidad (véase figura 6).

Figura 5

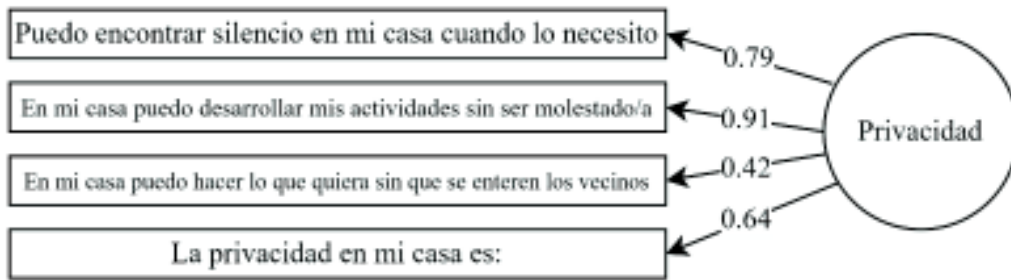
Análisis Factorial Confirmatorio del factor Accesibilidad dentro del Hogar



Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 7.19$ (1 gl), $p = 0.01$; $NFI = .97$, $NNFI = .87$, $CFI = .98$, $RMSEA = .15$, $\text{Alfa global} = .75$.

Figura 6

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Privacidad



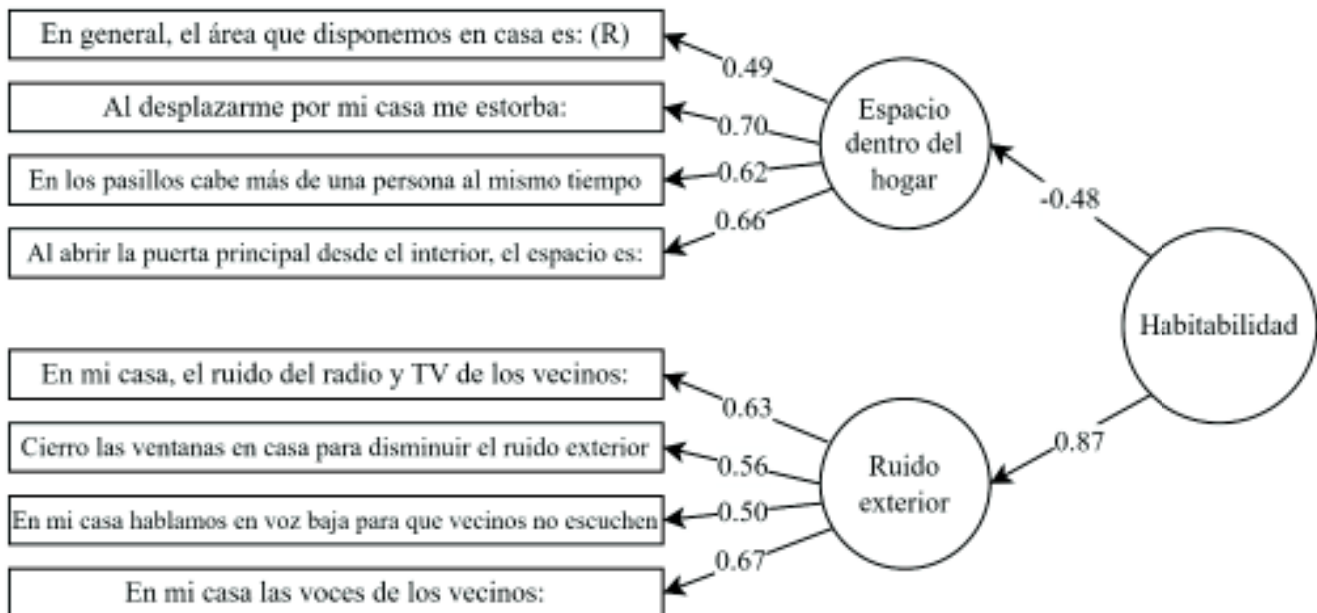
Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 10.86$ (2 gl), $p = 0.00$; $NFI = .97$, $NNFI = .93$, $CFI = .98$,

$RMSEA = .13$, $\text{Alfa global} = .79$.

Posteriormente, los factores Espacio dentro del Hogar y Ruido Exterior obtuvieron índices de ajuste aceptables de manera individual, conformando el factor Habitabilidad (figura 7), el cual obtuvo valores aceptables en los índices de ajuste pero una puntuación muy baja en Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.36$) por lo que tuvo que someterse a análisis nuevamente, resultando en la eliminación de la variable Habitabilidad en su totalidad del modelo estructural.

Figura 7

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Habitabilidad

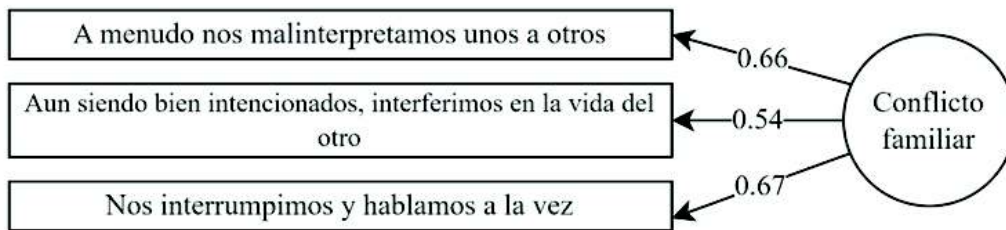


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 20.09$ (16 gl), $p = 0.22$; $NFI = .95$, $NNFI = .98$, $CFI = .99$, $RMSEA = .03$, $\text{Alfa global} = .36$.

Entonces, para la dimensión social del Ambiente Familiar, es decir, el Funcionamiento Familiar, se observó un fenómeno similar pues durante el AFE se obtuvieron cuatro factores, sin embargo, en el AFC se obtuvo una estructura de tres factores. El factor eliminado denominado Conflicto Familiar no se ajustó adecuadamente, se muestra a continuación (véase figura 8).

Figura 8

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Conflicto Familiar

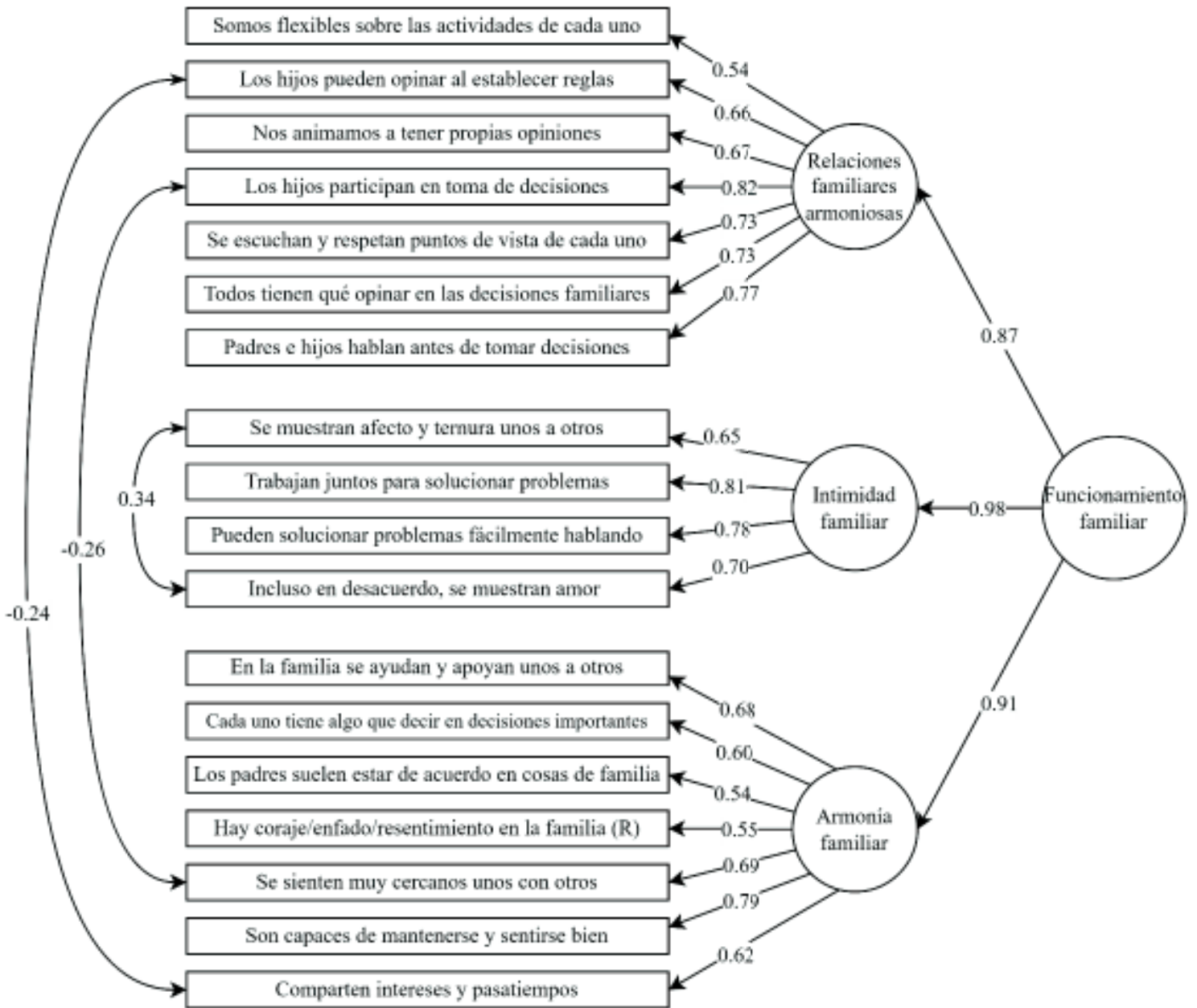


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 0.00$ (0 gl), $p = 0.00$; $NFI = 1.00$, $\text{Alfa global} = .66$. Los índices $NNFI$ ni CFI pudieron computarse porque los grados de libertad eran = 0, igualmente para el límite del intervalo de confianza.

De esta manera, el Ambiente Familiar está representado por tres componentes del Funcionamiento Familiar (véase figura 9), resultando en una estructura con índices de ajuste aceptables y satisfactorios.

Figura 9

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Funcionamiento Familiar

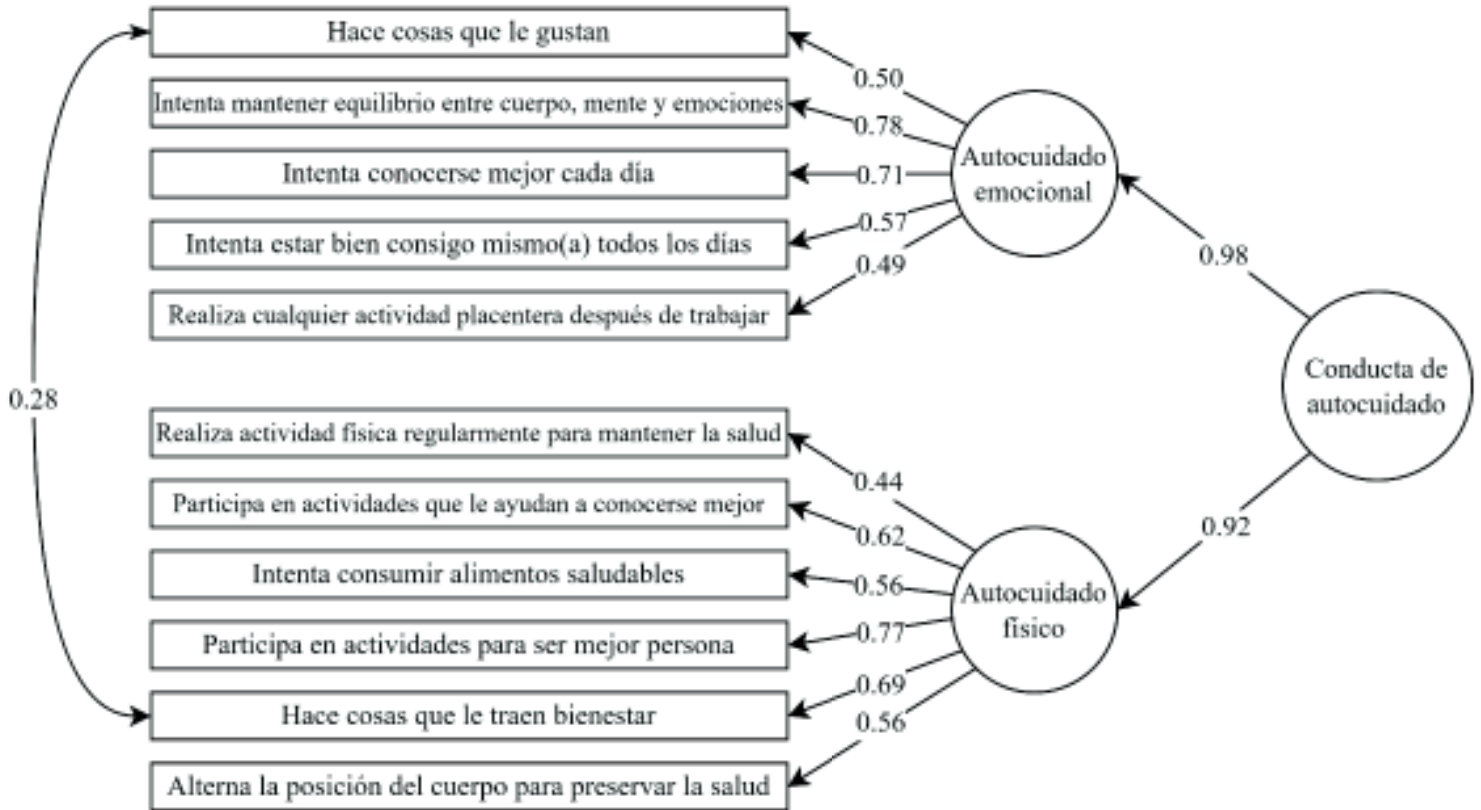


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 237.45$ (126 gl), $p = 0.00$; NFI = .90, NNFI = .94, CFI = .95, RMSEA = .06, Alfa global = .926. R = reactivo recodificado.

Por otro lado, para la variable Conducta de Autocuidado (véase figura 10) se obtuvieron índices de ajuste aceptables.

Figura 10

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Conducta de Autocuidado

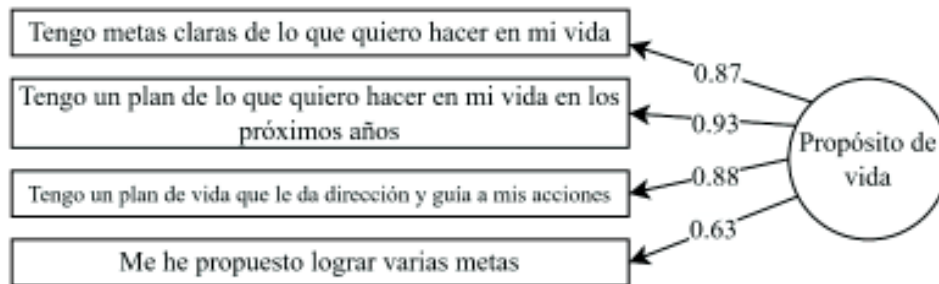


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 91.31$ (39 gl), $p = 0.00$; NFI = .905, NNFI = .918, CFI = .942, RMSEA = .07, Alfa global = .85.

Respecto a la variable Bienestar Psicológico durante el AFE se obtuvieron siete factores, sin embargo, gracias al AFC se eliminaron cuatro factores: a) Propósito de vida (véase figura 11), b) Control Personal (véase figura 12), c) Planes a futuro (véase figura 13), y d) Rechazo Personal (véase figura 14).

Figura 11

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Propósito de Vida

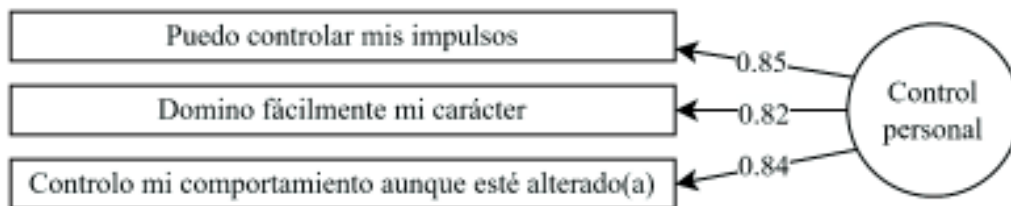


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 7.15$ (2 gl), $p = 0.03$; NFI= .99, NNFI= .98, CFI= .99,

RMSEA= .10, Alfa global= .90.

Figura 12

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Control Personal

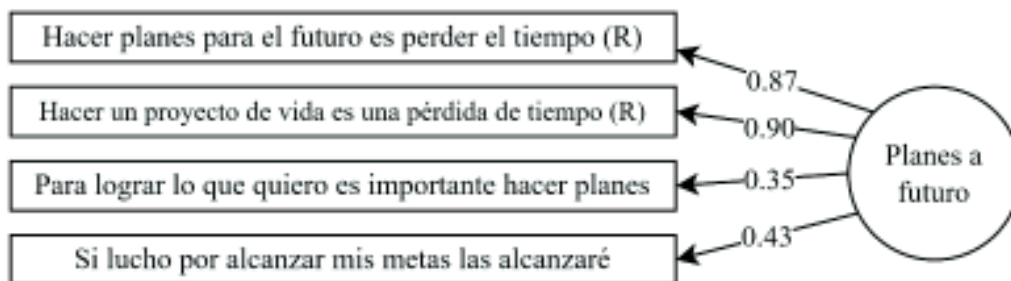


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 0.00$ (0 gl), $p = 0.00$; NFI= 1.00, Alfa global= .87. Los

índices NNFI ni CFI pudieron computarse porque los grados de libertad eran = 0, igualmente para el límite del intervalo de confianza.

Figura 13

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Planes a Futuro

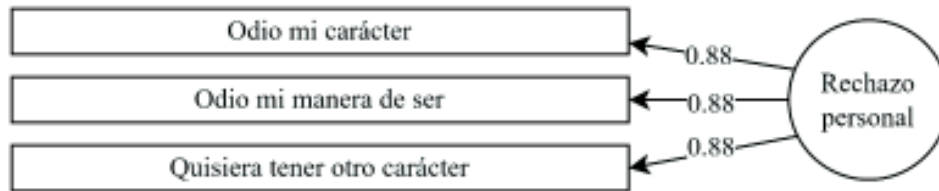


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 0.455$ (1 gl), $p = 0.50$; NFI= .99, NNFI= 1.00, CFI=

1.00, RMSEA= .00, Alfa global= .75. R= reactivo recodificado.

Figura 14

Análisis Factorial Confirmatorio del factor Rechazo Personal

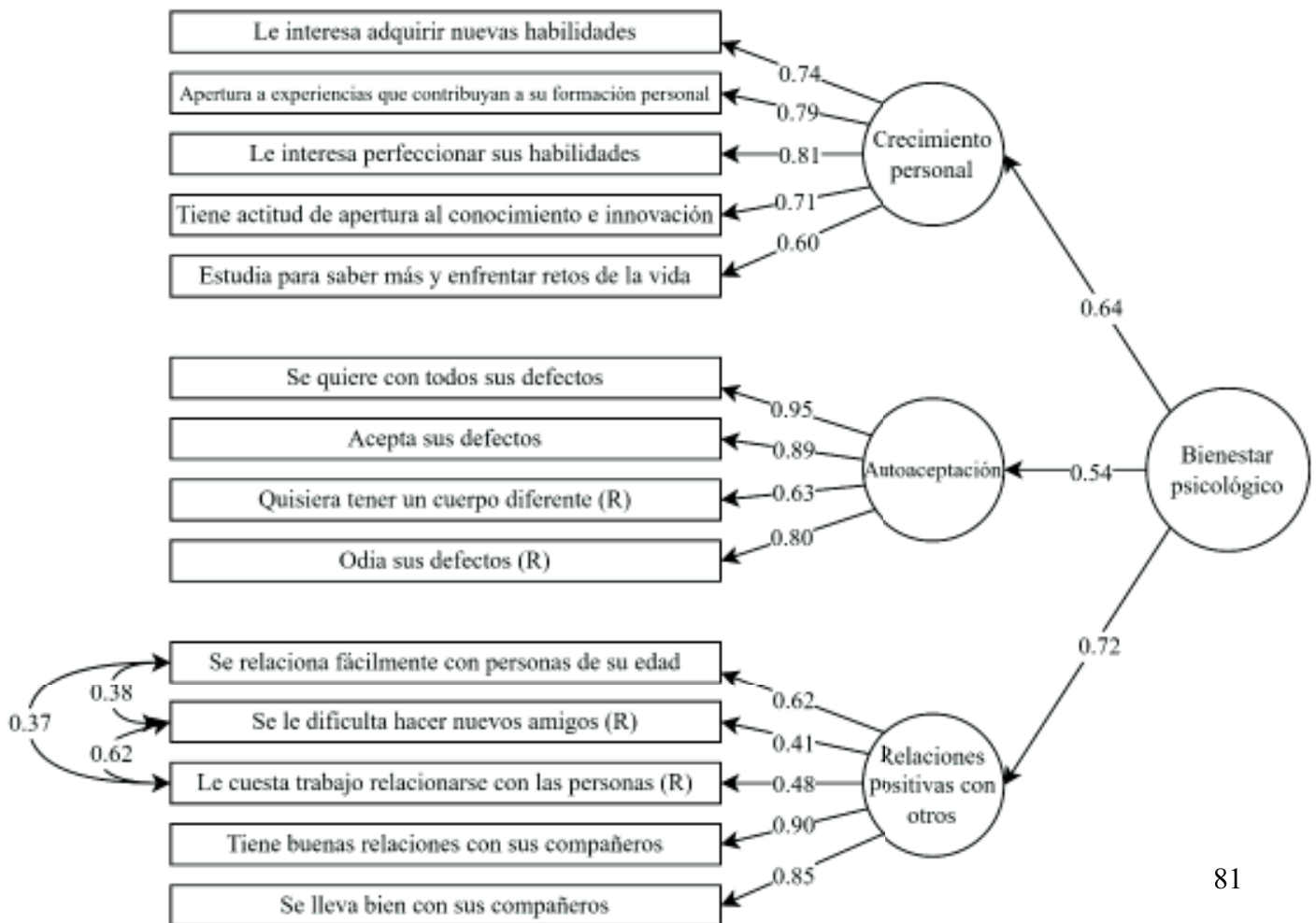


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 0.00$ (0 gl), $p = 0.00$; NFI= 1.00, Alfa global= .91. Los índices NNFI ni CFI pudieron computarse porque los grados de libertad eran = 0, igualmente para el límite del intervalo de confianza.

Así pues, la variable Bienestar Psicológico (véase figura 15) se conforma por tres factores con índices de bondad de ajuste aceptables.

Figura 15

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Bienestar Psicológico

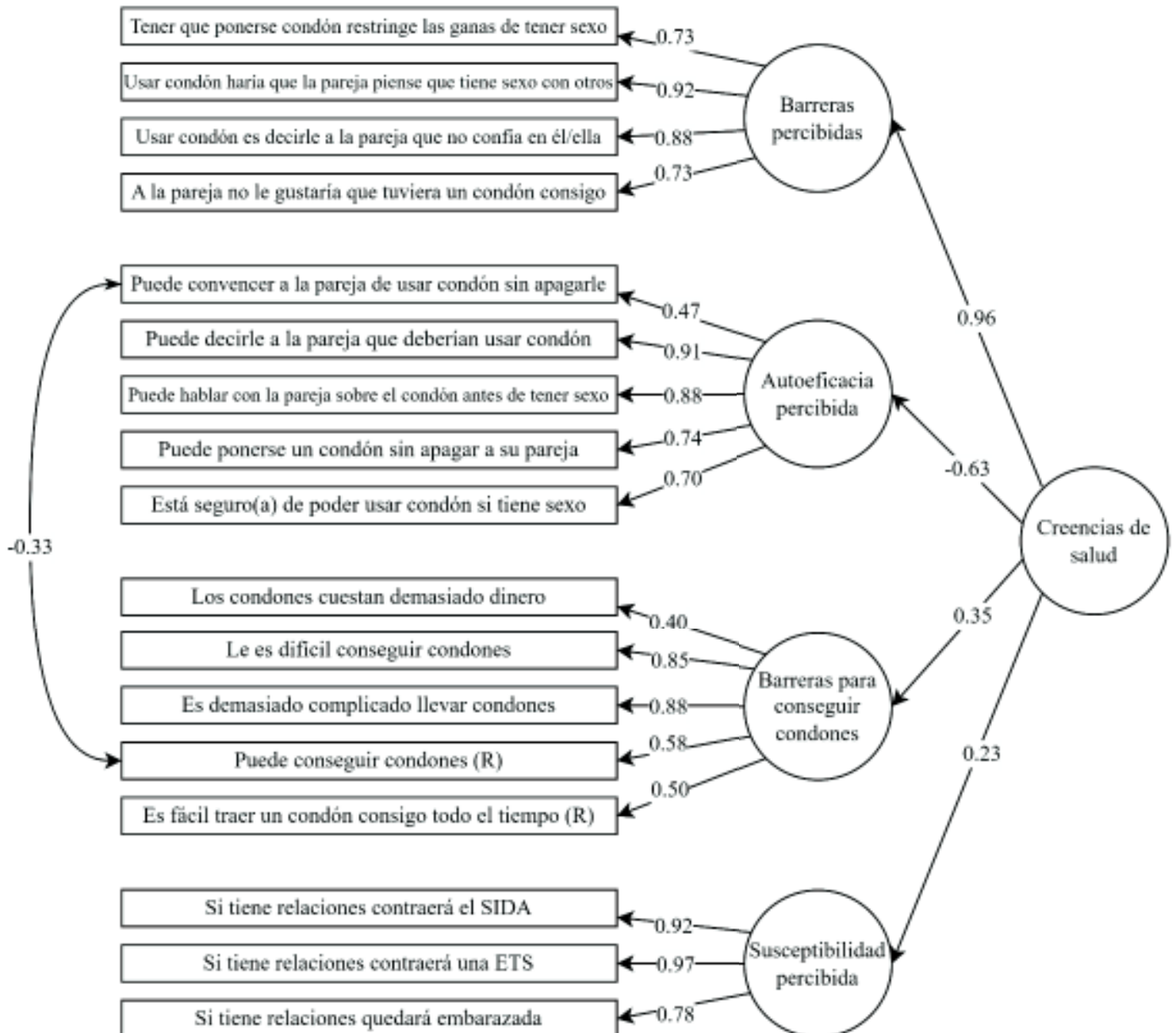


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 164.97$ (68 gl), $p = 0.00$; NFI= .921, NNFI= .935, CFI= .95, RMSEA= .07, Alfa global= .85. R= reactivo recodificado.

Después, se muestra el modelo obtenido para la variable Creencias de Salud (véase figura 16) y sus índices de bondad de ajuste.

Figura 16

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Creencias de Salud

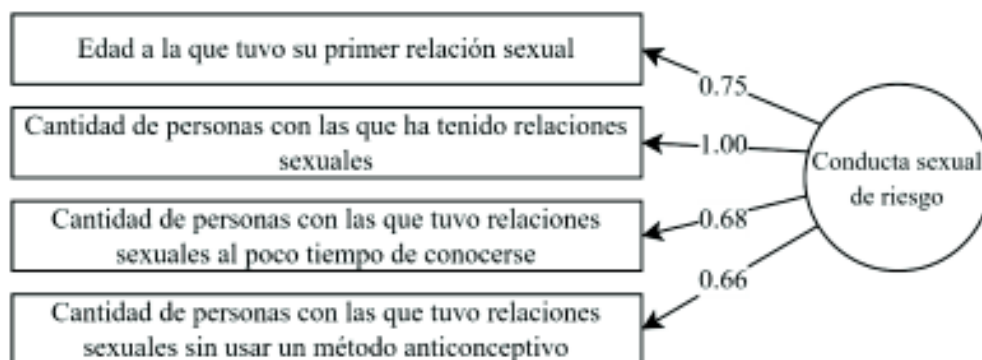


Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 269.57$ (110 gl), $p = 0.00$; NFI= .905, NNFI= .927, CFI= .94, RMSEA= .07, Alfa global= .623. R= reactivo recodificado.

Posteriormente, se muestra el modelo obtenido para la variable Conducta Sexual de Riesgo y sus índices de ajuste (véase figura 17).

Figura 17

Análisis Factorial Confirmatorio de la variable Conducta Sexual de Riesgo



Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 19.06$ (2 gl), $p = 0.00$; NFI= .965, NNFI= .905, CFI= .968, RMSEA= .18, Alfa global= .76.

Estos resultados permiten identificar cuatro indicadores de CSR significativos para la muestra: 1) la edad de la primera relación sexual, 2) la cantidad de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, 3) la cantidad de parejas sexuales con las que tuvieron sexo al poco tiempo de conocerle, y 4) la cantidad de personas con las que tuvieron sexo sin protección.

Respecto al primer indicador, la mayoría de la muestra reportó no haber tenido relaciones sexuales previo a responder el cuestionario (86.4%), 6.4% reportó que su primera relación sexual fue a los 16 años, 3% reportó que fue a los 14 años o menos, 2.3% reportaron que fue a los 15 años y 1.9% reportaron que fue a los 17 años.

En el segundo indicador, la mayoría de la muestra reportó haber tenido relaciones sexuales con cero personas (84.4%), 12.3% reportó haber tenido relaciones con una persona,

1.5% de la muestra reportó que tuvieron relaciones con dos personas y 1.9% reportaron haber tenido relaciones sexuales con tres o más personas.

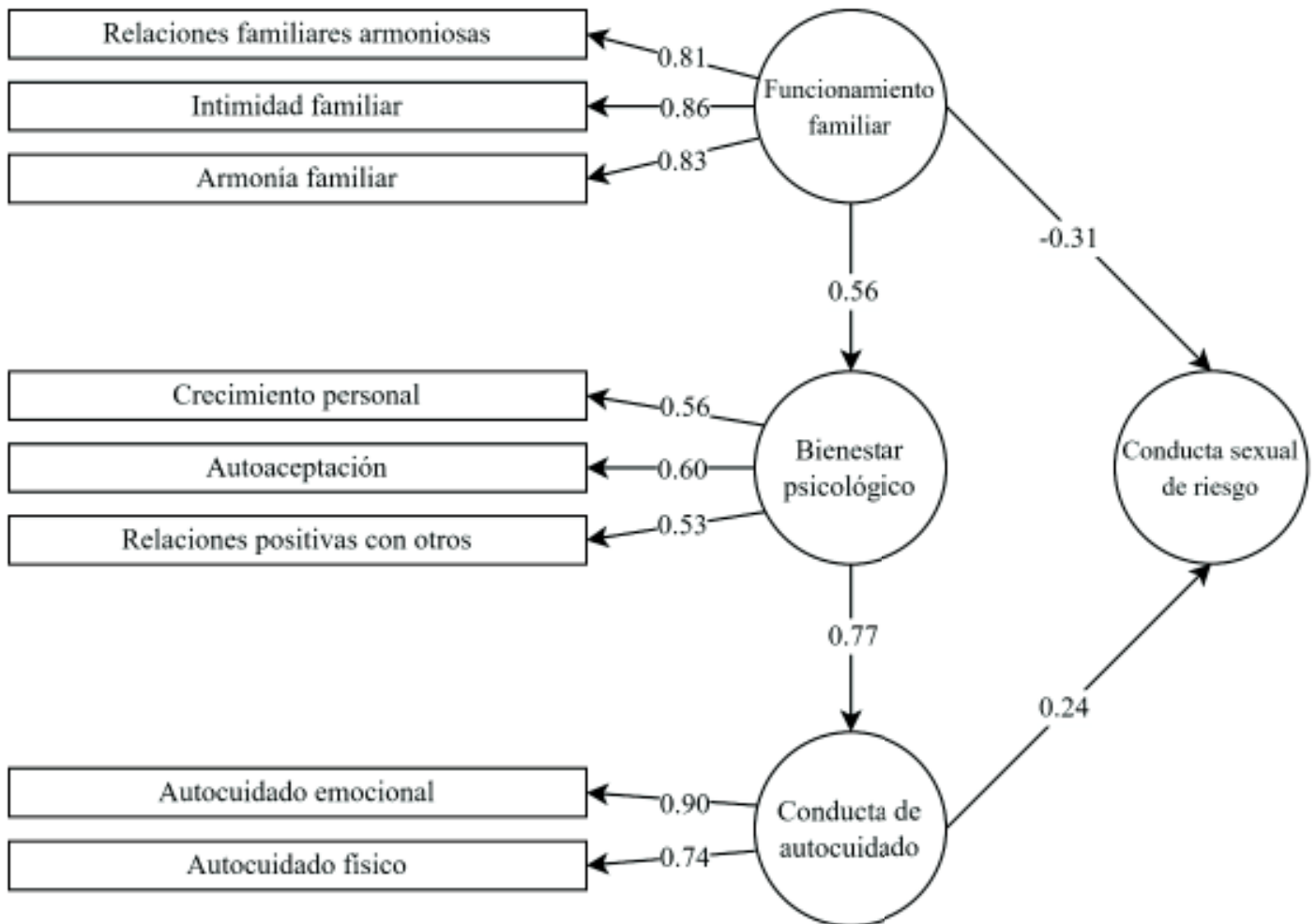
En el tercer indicador, respecto al número de parejas sexuales que han tenido al poco tiempo de conocerle, la mayoría de la muestra indicó que tuvieron relaciones con cero personas (92.6%), 5.9% reportó haber tenido relaciones con una persona, .7% de la muestra reportó haber tenido relaciones sexuales con dos personas y con tres personas o más (.7%).

Y en el cuarto indicador, respecto a la cantidad de personas con las que tuvieron relaciones sexuales sin protección, 6.7% reportó que tuvieron sexo sin protección con una persona, .4% reportó haber tenido relaciones con dos personas y otro .4% reportó que tuvo sexo sin protección con tres o más personas. El porcentaje restante corresponde a quienes reportaron no haber tenido relaciones (92.5%).

Por último, tras realizar varios análisis se muestra el modelo de ecuaciones estructurales (véase figura 18) sometido a prueba, cuyos índices de bondad de ajuste son aceptables y adecuados, igualmente, todas las variables obtuvieron cargas factoriales significativas ($\geq .40$). La variable Funcionamiento Familiar está representada por los factores Relaciones familiares armoniosas (.81), Intimidad Familiar (.86) y Armonía Familiar (.83). La variable Bienestar psicológico se representa por los factores Crecimiento Personal (.56), Autoaceptación (.60) y Relaciones Positivas con Otros (.53). Mientras que, la variable Conducta de Autocuidado se conformó por los factores Autocuidado Emocional (.90) y Autocuidado Físico (.74).

Figura 18

Modelo de ecuaciones estructurales



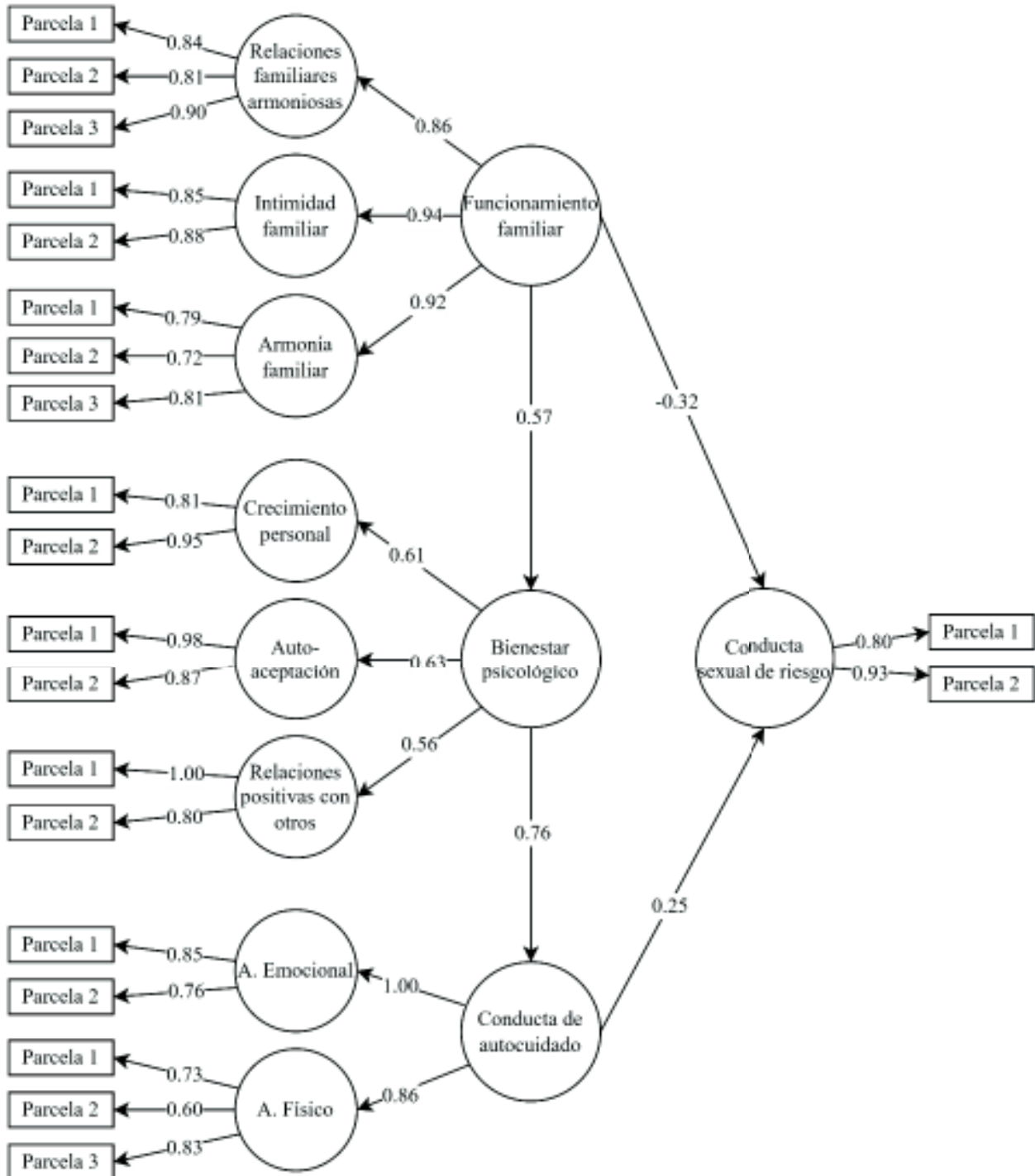
Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 32.29$ (22 gl), $p = 0.06$; NFI = .961, NNFI = .977, CFI = .986, RMSEA = .04, Alfa global = .776.

4.2.2.1. Técnica de Parcelas

Se muestra el AFC aplicando la técnica de parcelas, realizado con el programa EQS 6.1, cuyos índices de bondad de ajuste fueron aceptables además de cargas factoriales significativas, véase figura 19.

Figura 19

Modelo estructural aplicando técnica de parcelas



Índices de Bondad de Ajuste: $\chi^2 = 266.14$ (166 gl), $p = 0.00$; NFI= .924, NNFI= .961,

CFI= .97, RMSEA= .05, Alfa global= .889.

Capítulo V. Discusión

El estudio se propuso responder a la interrogante ¿cuál es la relación entre la conducta sexual de riesgo con los factores cognitivos (creencias de salud respecto a la conducta sexual), los factores positivos (conducta de autocuidado y bienestar psicológico) y el funcionamiento familiar en adolescentes sonorenses de bachillerato? Con el objetivo de evaluar un modelo de relaciones entre variables: conducta sexual de riesgo, factores positivos, los factores cognitivos, y el ambiente familiar de adolescentes sonorenses de bachillerato; específicamente, analizar las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de los instrumentos utilizados y, por último, analizar y evaluar las relaciones existentes entre las variables descritas anteriormente.

Para cumplir con los objetivos planteados se dividió el estudio en dos fases: estudio piloto y prueba de modelo estructural. En la primera fase se llevaron a cabo AFE con la finalidad de conocer las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados y, por ende, disminuir el número de ítems de cada subescala obteniendo una versión reducida de los mismos, lo que supone sería benéfico para los participantes al acortar el tiempo de aplicación, considerando que inicialmente el cuestionario estaba compuesto por 112 ítems distribuidos en 23 factores. Posteriormente, se realizaron AFC a cada subescala y se realizó la prueba del modelo estructural planteado, obteniendo valores aceptables en los índices de bondad de ajuste y de confiabilidad, dando como resultado un cuestionario compuesto por 47 ítems distribuidos en nueve factores.

Entonces, en función de los objetivos específicos se confirma que se cumplió con lo establecido al obtener las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de los instrumentos aplicados durante la primera fase, y respecto al segundo objetivo, este se cumplió exitosamente al analizar las relaciones existentes entre las variables.

Por otro lado, respecto a las hipótesis, se plantearon cinco supuestos:

- 1) Existe una relación significativa entre la CSR, el bienestar psicológico y CdA. Con base en el coeficiente de correlación de Spearman, se observó una correlación significativa entre el bienestar psicológico y CdA ($r_s = .497^{**}$), sin embargo, no se identificaron correlaciones significativas entre la CSR con el bienestar psicológico ($r_s = 0.62$) ni con CdA ($r_s = 0.83$). De acuerdo con Tuong et al. (2020) la CdA podría mejorar el bienestar de los adolescentes al ayudarles a satisfacer su necesidad de competencia, también suponen que el bienestar depende en cierta medida de la capacidad de desarrollar CdA, entre otras dimensiones de cuidado. Sin embargo, es necesario que se explore a profundidad esta relación.
- 2) El funcionamiento familiar se relaciona con las CdS y la CSR. Igualmente, con base en el coeficiente de correlación de Spearman, se observó una correlación significativa entre el funcionamiento familiar y la CSR ($r_s = -.140^*$), pero la relación con las CdS resultó no significativa para estas variables. La relación entre el Funcionamiento familiar y la CSR coincide con estudios previos (Pérez et al., 2018) respecto a que una dinámica familiar disfuncional o moderadamente funcional provoca mayor frecuencia en la aparición de CSR de los adolescentes, lo que explicaría la correlación negativa. Igualmente, dentro del funcionamiento familiar, Frantz et al. (2015) reconocen que su estructura tiene un impacto positivo al retrasar o reducir la participación de los adolescentes en CSR. Asimismo, Reyes y Oyola (2022) reportan que existe una asociación significativa entre dimensiones del funcionamiento familiar con las conductas de riesgo en población universitaria, específicamente en cuanto a la conducta sexual, observaron una relación entre el funcionamiento familiar y el inicio

- de relaciones sexuales después de los 15 años y la falta de uso de protección durante las relaciones sexuales.
- 3) Las CdS influyen significativamente en la CdA y en la CSR. Según los resultados, las CdS son significativas respecto a la CdA ($r_s = .220^{**}$) pero no existe correlación con la CSR ($r_s = -0.75$), al contrario de lo encontrado por Ningrum (2021) donde la CSR se ve indirectamente influenciada por las CdS: susceptibilidad percibida, barreras percibidas y la autoeficacia.
 - 4) Existe una relación positiva entre el bienestar psicológico y la CdA. Con base en el coeficiente de correlación de Spearman, se identificó una correlación significativa entre el bienestar psicológico y CdA ($r_s = .497^{**}$). Coincide con el estudio de O'Brien et al. (2021) destacando que el mantener una rutina durante la pandemia tuvo un impacto en el bienestar de adolescentes de minorías sexuales, e identificaron una asociación entre la participación de actividades para promover el bienestar con indicadores de conducta de autocuidado, por ejemplo, el mantenimiento personal, ejercicio físico, meditación, la lectura, la música, etc.
 - 5) Existe una relación positiva entre el funcionamiento familiar y el bienestar psicológico. Tal correlación es significativa y positiva ($r_s = .437^{**}$). Coincide con lo encontrado por Aranda (2016) al indicar que relaciones familiares positivas en la adolescencia se relacionan con un funcionamiento saludable hasta 15 años después, sugiriendo que el funcionamiento familiar promueve la salud y el bienestar subjetivo de sus miembros a corto y largo plazo. Igualmente, se asocia con lo que Sari y Dahlia (2018) encontraron sobre la relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar subjetivo (entendiendo que elementos del bienestar psicológico forman parte del

bienestar subjetivo): a mayor presencia de indicadores de funcionamiento familiar, mayor es el nivel de bienestar subjetivo y viceversa. Asimismo, se evidenció un hallazgo inesperado respecto al funcionamiento familiar respecto a la CdA al correlacionarse de manera significativa ($r_s = .388^{**}$), la cual coincide con el estudio de Lichner et al. (2021) en el cual indican que indicadores de autoconcepto y autocuidado se relacionan con el tipo de crianza que los adolescentes reciben en su familia, sugiriendo que es necesario se observen las relaciones entre los miembros de la familia para identificar la posible presencia o ausencia de CdA.

Es importante mencionar que se evidenció un vacío en el conocimiento respecto a la relación entre las variables; existe literatura y evidencia empírica respecto a cada una de manera independiente, pero son muy pocos los estudios que relacionen a dos o más variables del presente estudio, por ende, no se identificaron investigaciones que estudien la relación entre la CSR de los adolescentes con su ambiente familiar, bienestar psicológico, conducta de autocuidado y CdS. Por tal motivo, la presente sirve como precedente ante futuras investigaciones interesadas en estudiar tal relación en población adolescente, específicamente, en adolescentes sonorenses.

Un hallazgo inesperado consistió en la eliminación de algunas variables, específicamente para la variable ambiente familiar que inicialmente era de segundo orden, compuesta por las variables habitabilidad (cuyos factores eran hacinamiento, privacidad, y ruido exterior) y funcionamiento familiar, compuesta por tres factores (intimidad en la familia, estilo parental y conflicto en la familia). Durante el estudio piloto, se observó que la subescala habitabilidad arrojaba valores bajos de alfa de Cronbach, específicamente, la subescala hacinamiento ($\alpha = .25$) lo que se considera inaceptable. Sin embargo, se observó que los ítems de la subescala se

agrupaban en dos factores que de manera independiente poseían valores aceptables de alfa de Cronbach: 1) Accesibilidad dentro del hogar obtuvo un $\alpha = .75$ y 2) Espacio dentro del hogar obtuvo un $\alpha = .70$, y por tal motivo, se tomó la decisión de analizar tales variables de manera independiente.

Otro hallazgo interesante e inesperado fue la eliminación de la variable CdS, pues de acuerdo con los AFC realizados en EQS 6.1 no se reconoció a la variable como un factor significativo para la prueba del modelo estructural planteado, tal efecto podría explicarse por una falla en la elección de un cuestionario adecuado para la población seleccionada. Se observó un fenómeno similar en subescalas de la variable Ambiente Familiar, que tuvo que eliminarse con base en los índices de bondad de ajuste del modelo creado, lo cual posiblemente se explique debido a las opciones de respuesta de los ítems del cuestionario, ya que podrían ser confusos para los participantes.

Asimismo, a modo de autocrítica se destaca una falla en la elección de variables, pues se reconoce que las variables elegidas para probar el modelo estructural explican poco lo que se pretende medir, los instrumentos explican poco lo que representa cada constructo. En este sentido, igualmente se reconoce que la población sonorenses no es representativa de todos los adolescentes en México, ya que los porcentajes de sexo adolescente al sur del país es distinto al de los adolescentes sonorenses.

Igualmente, se reconoce otro error en la aplicación de los instrumentos, pues el instrumento original utilizado para medir el espacio dentro del hogar (habitabilidad) fue aplicado en población distinta a la de este estudio, lo que se refleja en la variación de las respuestas en comparación con los adolescentes, por ejemplo, una ama de casa tiene una percepción y punto de vista muy distinto al de un adolescente respecto a ciertas condiciones del hogar como el espacio

por múltiples motivos: la cantidad de tiempo que pasa cada uno en el hogar, la cantidad de actividades que se realizan, el tipo de actividades que cada uno realiza en el hogar, etc. Es decir, tienen una percepción distinta de la realidad con base en lo que determinado fenómeno signifique para cada uno, lo que se traduce en respuestas o valores distintos. La población adolescente tiene una perspectiva distinta de los padres sobre atributos psicológicos, perciben el mundo y la realidad de manera distinta pues tienen otro tipo de experiencias y bagaje de vida, y por lo tanto, esto explicaría la variación de respuestas y por ende, que el modelo no ajuste de manera similar a estudios previos.

Por otro lado, conforme lo encontrado en otros estudios (Alimoradi et al., 2017; Pozuelo et al., 2021) donde subrayan la importancia de analizar la relación entre las conductas de riesgo de los adolescentes con su contexto, se hace énfasis en la importancia del rol de las autoridades y centros de salud (públicos o privados) acerca de la necesidad de prestar servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes de manera oportuna e integral, pues a pesar de que existan campañas de salud, estas han mostrado ser ineficientes respecto a intervenciones términos de salud mental; es decir, en atacar el problema de raíz, que se reconoce podría ser ciertas condiciones del contexto familiar con base en los resultados de este estudio. Indudablemente, para confirmar tal aseveración es necesario que se realicen más investigaciones que estudien variables similares a las del presente. Además, sería beneficioso que se evalúe un programa de intervención que precisamente mida y evalúe adecuadamente las variables de interés, pues los resultados serían sumamente útiles para establecer la dirección de nuevas intervenciones de salud. En este sentido, se necesitan campañas de salud que además de intervenir en la conducta sexual de los adolescentes, incluyan también variables psicológicas a nivel individual y colectivo (Alimoradi et al., 2017) considerando a la familia como el principal factor de interés. Sería

interesante evaluar un programa que además de ofrecer servicios de salud, ofrezca también intervenciones psicológicas respecto a la salud mental de los adolescentes en conjunto con el contexto familiar.

Dado a que la finalidad de un estudio es que sea posible replicarlo en el futuro por otros investigadores, se presentan algunas limitaciones que deberán tenerse en cuenta para obtener mejores resultados en otras condiciones.

5.1. Limitaciones

En primer lugar, se reconoce que la elección de cuestionarios extensos es una limitante importante, especialmente en población adolescente, pues la cantidad de tiempo, disposición y atención que poseen pueden verse afectados al brindarles un cuestionario largo, lo que podría causar sesgos en las respuestas al provocar cansancio y desinterés en contestar.

Se observó que la muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (63.3% de la población final) lo que según Castillo et al. (2017) podría explicarse debido a la cultura y tendencia de la mujer latina en participar en actividades que involucren el cuidado de la salud. Igualmente, el cuestionario se basó en medidas de autoinforme, lo que implica cierto nivel de subjetividad en los datos, pues existe la posibilidad de que los/las participantes falseen respuestas por diversas razones, por ejemplo: deseabilidad social, sesgos en las respuestas, problemas en objetividad y validez y en una posible falta de motivación (Del Valle y Zamora, 2021) para responder el cuestionario. En este sentido, las medidas de autoinforme son potencialmente subjetivas en cuanto a los cuestionarios que involucran conductas sexuales, pues en sí la variable puede ser difícil de reconocer y/o responder para ciertos participantes, lo que causaría un sesgo en los resultados. Igualmente, el tipo de escala especialmente implica cierto sesgo en cuanto a la deseabilidad social de los participantes; es preciso mencionar que las medidas de autoinforme

poseen atributos que en definitiva podrían cambiar el resultado de las respuestas, por ejemplo: ¿qué consecuencias tendrían en obtención de respuestas si hubieran participado solo mujeres? Y ¿cuál sería el resultado si solo hubieran contestado varones? La percepción que existe sobre el sexo en la etapa de la adolescencia representa distintos fenómenos sociales para cada género, por ejemplo, para la mujer representa algo negativo, se le percibe como algo malo, mientras que para el varón se le considera como un logro.

En segundo lugar, la bibliografía y evidencia disponible se enfoca principalmente en población adulta, debido a la naturaleza tan sensible de las respuestas e implicaciones del estudio de variables sobre sexualidad, es decir, la población adolescente puede verse afectada al momento de responder un cuestionario sobre temas de sexualidad debido a que esto arrojaría distintas respuestas como vergüenza, temor, desasosiego, incomodidad, etc. El estudio de variables sexuales en adolescentes debería ser tema de interés en grupos multidisciplinarios y en servicios de atención primaria, específicamente en México; debido a que en el país el sexo en adolescentes tiene una connotación negativa por lo que representa, es decir, embarazos no deseados, deserción escolar, abortos en condiciones riesgosas (lo que en sí representa otro problema de salud), inicio de actividades sexuales a temprana edad, contagio de ETS, etc. Asimismo, se evidenció que la literatura existente hace énfasis en el estudio del VIH, específicamente en población adulta, lo que se reconoce como una limitación para el presente estudio, debido a que esto limita la inclusión de investigaciones, pues para población adolescente se analizan otro tipo de variables que se relacionan con la CSR.

Por otro lado, se presentaron limitaciones ajenas al estudio. Mientras se llevaba a cabo la recopilación de datos, quien fuera el director del plantel en el que se distribuyó el cuestionario tuvo que jubilarse y dimitir de su función como directivo, motivo por el cual el apoyo para la

aplicación se vio afectado en su totalidad. De esta manera, fue necesario hacer contacto nuevamente con Dirección General de los colegios para continuar con la aplicación, lo cual repercutió en el proceso de aplicación de cuestionarios. Igualmente, se evidenció un error en la administración del cuestionario. Esto se debe a que al inicio de la aplicación este se distribuyó en dos enlaces: 1) enlace de consentimiento informado para padres, en el cual tenían que indicar si aceptaban o no la participación de su hijo/a en el estudio, y 2) enlace de asentimiento informado para los estudiantes, incluyendo el cuestionario en sí; en el que igualmente tenían que indicar si aceptaban participar o no en el estudio. El problema se presentó cuando la cantidad de padres que respondieron “Sí” en la aceptación de participación de sus hijos/as no correspondía a la cantidad de cuestionarios que fueron contestados por los estudiantes. Por este motivo, se procedió a elaborar un solo enlace que incluyera ambas secciones, en el que el padre o madre tendría que señalar si acepta o no la participación de su hijo/a, acto seguido, el estudiante tendría que contestar el asentimiento informado y el cuestionario.

Por otra parte, en un estudio de diseño no experimental y de corte transversal se realizan observaciones en un único momento, lo que implica que no sea posible confirmar relaciones causales entre variables, pues según Hernández et al. (2014) se limitan a establecer relaciones, pero no precisan la causalidad de estas. Un corte transversal no permite realizar un seguimiento que exponga la fluctuación de las relaciones entre las variables por un periodo de tiempo más extenso, por lo que se sugiere la realización de estudios con diseño longitudinal para establecer y verificar relaciones causales entre variables.

Ahora bien, se reconoce que los resultados del estudio piloto no son generalizables debido a que la muestra no es representativa de todos los planteles de bachillerato en Hermosillo. Igualmente, se reconoce que los datos recolectados durante la segunda fase del estudio no son

generalizables debido a que el cuestionario solo se aplicó en un plantel, lo que implica que los resultados sean válidos para la población de ese plantel exclusivamente, por lo que se sugiere que se amplíe el rango de aplicación a otras escuelas, planteles, etc. Sería beneficioso distribuir el cuestionario para tener mayor representatividad en participantes, replicar en otra población, otro grupo etario, otro contexto, otro municipio, otra escuela, etc.

Por otro lado, se reconoce como limitante a la utilización de parcelas, ya que se le conoce como una práctica controversial debido a que disfraza resultados y posiblemente durante los análisis ajusten ciertos valores que en el modelo estructural original no ajusten de la misma manera. Según Little et al. (2002) esto se explica gracias a que el uso de parcelas puede distorsionar a los modelos de medición al proporcionar estimaciones de carga sesgadas lo que dificulta la interpretación de la varianza en cuanto a resultados. Sin embargo, reconocen que la decisión de utilizarlas depende del criterio y justificación del investigador, teniendo en cuenta que su beneficio consiste en un nivel más bajo de datos para ser modelados.

Otra variable extraña fue el contexto en el que se distribuyeron los cuestionarios, es decir, el confinamiento a causa de COVID-19, la cual afectó en las condiciones de aplicación y recolección de datos y el acceso a los participantes. Igualmente, pudo afectar en el tipo de interacción de los participantes hacia el cuestionario, es decir, es posible que existan diferencias en la aplicación presencial vs. virtual. Sería útil hacer un seguimiento en la población seleccionada y tratar de comparar las respuestas en un futuro para observar si las condiciones de aplicación afectaron a los participantes.

5.2. Aportaciones del estudio

De acuerdo con los criterios para evaluar la importancia de una investigación de Hernández et al. (2014), la investigación cumple con dos categorías: valor teórico y utilidad

metodológica. En cuanto al valor teórico, la investigación ayudó a llenar un vacío en el conocimiento sobre la conducta sexual de riesgo de adolescentes hermosillenses en relación con el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico, y por último, la conducta de autocuidado. Como consecuencia, la aportación teórica consiste en la valiosa información recabada respecto al comportamiento de los adolescentes, además de poder identificar relaciones significativas entre el tipo de relación entre variables, y por ende, ofrecer información y sugerencias para estudios posteriores enfocados en la población seleccionada. El estudio brinda también aportaciones metodológicas en cuanto a los instrumentos utilizados (sobre ambiente familiar, tanto social como físico; conducta de autocuidado; bienestar psicológico; CdS y conducta sexual de riesgo), que para fines de la investigación tuvieron que ser adaptados a población adolescente sonoreense, lo que servirá a futuras investigaciones en esta área.

Ya que el principal aporte del estudio consiste en la evidencia de que la CSR de los adolescentes recibe influencias del funcionamiento familiar, se reconoce que es difícil que los adolescentes se acerquen a los padres a menos que tengan un problema, especialmente en cuestiones de sexo. En este sentido, se sugiere que se replique el estudio en otro ambiente: pares y amigos respecto a la CSR de los adolescentes, pues la expresión y comunicación de CSR posiblemente sea mayor con amigos y pares en comparación de los padres, pues esto implica un proceso de individuación e independencia del núcleo familiar. También, de acuerdo con Atienzo et al. (2009), es necesario que las intervenciones diseñadas en mejorar la comunicación entre padres e hijos sobre el sexo consideren temas basados en el género, pues según los autores existen diferencias entre lo que discuten los padres y madres con sus hijos e hijas.

Entonces, quizá los resultados del estudio sirvan como base para intervenciones y crear campañas de salud enfocadas en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, considerando la relación de la CSR con cada una de las variables de interés.

5.3. Sugerencias para estudios posteriores

Un punto importante para considerar es el contexto en que se realice el análisis de variables sexuales, pues de acuerdo con Ordway et al. (2020) es necesario que los investigadores tomen en cuenta el rol del contexto de la población a estudiar, dado que existen diferencias significativas en el comportamiento de las personas dependiendo de su nivel socioeconómico. Igualmente, Azene et al. (2022) reconocen que la disposición y vulnerabilidad de los adolescentes ante comportamientos de riesgo y con repercusiones en su salud está ligado a una serie de factores (individuales, familiares y comunitarios) que tienen una estrecha relación con las oportunidades económicas y educativas de los adolescentes.

Otra sugerencia es que se considere evaluar factores protectores de salud sexual, ya que como en todos los estudios referentes a la salud sexual y reproductiva, se sugiere que se creen campañas en escuelas que aborden temas de comunicación, armonía familiar, etc. pues para los adolescentes pesa más un factor externo (ambiental) que uno individual, para que en estudios futuros se considere la posibilidad de retomar otro factor ambiental y/o relación con pares y amigos, por ejemplo. Por último, debido a la sensibilidad que representa evaluar variables de índole sexual, se sugiere también que estudios futuros valoren la posibilidad de evaluar variables emocionales en relación con la CSR de los adolescentes.

Referencias

- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es
- Alfonso, L., Figueroa, L., García, L. y Soto, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 954-968.
- Álvarez, P. y González, F. (2021). *Comportamiento sexual de la población en tiempos de pandemia*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca].
<https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10375>
- Amaro-Hinojosa, M., Jiménez-Vázquez, V., Juárez-Mediana, L., Torres-Obregon, R., y Orozco-Gómez, C. (2020). Conductas sexuales en jóvenes mexicanos durante el confinamiento por COVID-19. *Sanus*, 5(16), 1-14.
- Aranda, C. (2016). *Apoyo social, ambiente familiar positivo y conocimiento y goce de derechos familiares relacionados con el bienestar subjetivo de los adolescentes* [Tesis de maestría, Universidad de Sonora]. <http://148.225.114.120/handle/20.500.12984/507>
- Arias, W. (2015). Conducta prosocial y psicología positiva. *Avances en psicología*, 23(1), 37-47.
- Asare, M., Sharma, M., Bernard, A.L., Rojas-Guyler, L., & Wang, L. (2013). Using the Health Belief Model to Determine Safer Sexual Behavior among African Immigrants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(1), 120-134. doi:10.1353/hpu.2013.0020.

- Atienzo, E., Walker, D., Campero, L., Lamadrid, H. y Gutiérrez, J. (2009). Parent-adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour?. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14(2), 111-119.
- Azene, Z. N., Tsegaye, L., W/Gabriel, M., Tadesse, A., Tadele, A., Aynalem, G. L., Andualem, Z., & Taye, B. T. (2022). Risky Sexual Practice and Associated Factors Among Youth Preparatory Students in Gondar City, *Northwest Ethiopia. Frontiers in public health*, 10, 843359. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.843359>
- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M. y Díaz, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia. *Enfermería Global*, 19(59), 422–449.
- Bahamón, M., Alarcón, Y., Cudris, L., Trejos, A. y Campo, L. (2019). Bienestar psicológico en adolescentes colombianos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 519-523.
- Baldi, G., y García, E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental. *Universidades*, (30), 9-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37303003>
- Berbiglia, V., y Banfield, B. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. En Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (265-285). Elsevier Health Sciences.
- Bossonario, P., Ferreira, M., Andrade, R., Sousa, K., Bonfim, R., Saita, N., & Monroe, A. (2022). Risk factors for HIV infection among adolescents and the youth: a systematic review. Fatores de risco à infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens: revisão sistemática. *Revista latino-americana de enfermagem*, 30(spe), e3697. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6264.3697>

- Bowles, T., Kurlender, M., & Hellings, B. (2011). Family functioning and family stage associated with patterns of disordered eating in adult females. *The Educational and Developmental Psychologist*, 28(1), 47-60.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (edición en castellano en *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós, 1987).
- Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>
- Carballo, S. (2017). *Conductas sexuales de riesgo y Creencias en salud en jóvenes universitarios (Licenciatura)*. Universidad de La Laguna.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere. Investigación arbitrada*, 12(40), 79-87.
- Carvalho, K., Silva, C., Felipe, S. & Gouveia, M. (2021). The belief in health in the adoption of COVID-19 prevention and control measures. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, 1-5.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0576>
- Castillo, L., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Valle, M., Valdez, C. y Kantún, M. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*, 16(45), 168-187.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Rev Psicol UCP*, 28(1), 35-68.

- Coffey, J., Warren, M. y Gottfried, A. (2014). Does infant happiness forecast adult life satisfaction? Examining subjective well-being in the first quarter century of life. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1401–1421.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2019). Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. México: Secretaría de Salud.
- Corral, V. (2012). Sustentabilidad y psicología positiva: una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales. Manual Moderno.
- Corral, V., Durón, F., Frías, M., Tapia, O., Fraijo, B., y Gaxiola, J. (2015). Factores ambientales socio-físicos y conducta sostenible como indicadores de positividad familiar. *PsyEcology: Revista Bilingüe de Psicología Ambiental*, 6(2), 146-168.
- Corral, V., Frías, M. & González, D. (2010). Environmental factors in housing habitability as determinants of family violence. En M. Frías & V. Corral (eds.). *Biopsychosocial Perspectives on Interpersonal Violence*. New York: Nova.
- Corral, V., Lohr, I., Torres, L., Acuña, A., Velardez, S., Ayala, D., Piña, C. y Milán, M. (2012). La influencia de la habitabilidad de la vivienda en los patrones de convivencia familiar. *Psicumex*, 1(2), 74–87. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v1i2.209>
- Corral, V., Pato, C., & Torres, N. (2021). Testing a tridimensional model of sustainable behavior: self-care, caring for others, and caring for the planet. *Environment, Development and Sustainability*, 1-16.
- Cort, D., Reynolds, K., & Chakraborty, D. (2023). HIV stigma beliefs and unprotected sex among teenagers and young adults in sub-Saharan Africa: The moderating role of mass media exposure. *Social Science & Medicine*, 317, 115615.

- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6(1), 111-121.
- Cunill, M., Gras, M., Planes, M., Serdà, B. (2012). Predictores de la intención de uso del preservativo entre adolescentes. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394085>
- De La Rubia, J. y Garza, D. (2018). Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolarizados Mexicanos. *Revista Internacional De Psicología*, 15(2), 1–56. <https://doi.org/10.33670/18181023.v15i02.226>
- De los Santos, X., y Gutiérrez, J. (2017). Medición del bienestar psicológico en adolescentes de educación media superior del Estado de México. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(11), 61-79.
- de Sousa, D., Fogel, A., Azevedo, J., & Padrão, P. (2022). The Effectiveness of Web-Based Interventions to Promote Health Behaviour Change in Adolescents: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(6), 1258. <https://doi.org/10.3390/nu14061258>
- Del Toro, A., y Gutiérrez, E. (2015). Creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención de ITS/VIH/sida en adolescentes [E-book] (4th ed.). *Cuba: IV Jornada Científica de Educación Médica*.
<http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/320/934>
- Del Valle, M. y Zamora, E. (2021). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. *Alternativas psicológicas*, 47, 22-35.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: México.

- Díaz, J., Lanchimba, C., & Obaco, M. (2020). The Association Between Overcrowded Households and Adolescent Pregnancy. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(3), 555-563. doi:10.1007/s13178-020-00480-8
- Dirección General de Comunicación Social. (2019). México, el país de la OCDE con más adolescentes embarazadas. México: Boletín UNAM-DGCS-260.
- Durón, M. (2016). Ambiente familiar positivo: Vivienda y vecindario como correlatos del bienestar personal y conductas sustentables (Doctorado). Universidad de Sonora.
- Emisora Cultural Canaria. (2017). Escuela para madres y padres de familia, de ECCA Sitio web: <http://www.ecca.org.mx/servicios/cursos/>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V., y Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 16-22.
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2019). El embarazo infantil y en adolescentes: erradicación y prevención desde los Sistemas para el Adelanto de las Mujeres, 8-11. Sonora: Gobierno del Estado de Sonora.
- Frantz, J., Sixaba, Z., & Smith, M. (2015). A systematic review of the relationship between family structure and health risk behaviours amongst young people: an african perspective. *The Open Family Studies Journal*, 7(1).
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- García, D., Hernández, J., Espinosa, J. y Soler, M. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (2), 182-190.

- García, D., Soler, M. y Rendón, R. (2019). Bienestar psicológico en adolescentes: relaciones con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos. *Revista de Orientación Educativa*, 33(63), 23-43.
- García, E., Sarda, V., Pletta, D., Reisner, S., & Katz, S. (2021). Family Functioning as a Protective Factor for Sexual Risk Behaviors Among Gender Minority Adolescents. *Archives of sexual behavior*, 50(7), 3023-3033.
- García, F. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. XI Reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Madrid: Universidad de Murcia, 1-12.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Garson, G. (2013). *Validity and reliability*. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishers.
- Gonçalves, S. Castellá, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441206>
- González-Fuentes, M., y Andrade, P. (2016). Escala de bienestar psicológico para adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(42), 69-83. https://doi.org/10.21865/ridep42_69
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2014). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: Gobierno de la República. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf

- Guerrero, J. (2014a). Bienestar psicológico y comportamiento sexual de protección en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 27.
<https://doi.org/10.21501/16920945.1139>
- Guerrero, J. (2014b). Resiliencia sexual en adolescentes: una revisión desde la Psicología Positiva. *Realitas Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 2(1), 45-50.
- Gutiérrez, G. (2018). Teorías en psicología. Integración y el futuro de la disciplina. Primera ed. Bogotá: Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hoo, H. E., Loh, H. C., Ch'ng, A. S. H., Hoo, F. K., & Looi, I. (2021). Positive impacts of the COVID-19 pandemic and public health measures on healthcare. *Progress In Microbes & Molecular Biology*, 4(1).
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hu, L., y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Ingledeu, D., & Ferguson, E. (2007). Personality and riskier sexual behaviour: Motivational mediators. *Psychology & Health*, 22(3), 291-315. doi:10.1080/14768320600941004
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. México: INEGI.

- Juárez, D., Téllez, A. y García, C. (2019). Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 7-14. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.01>
- Kerlinger, F. (1979). Behavioral research: a conceptual approach. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Keyes, C, Kendler, K, Myers, J, Martin, C. (2015). The genetic overlap and distinctiveness of flourishing and the big five personality traits. *Journal of Happiness Studies*. 16, 655-668, DOI: 10.1007/s10902-014-9527-2
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Kline, R. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Edition. New York: The Gilford Press.
- Landa-Ramírez, E., y Arredondo-Pantaleón, A. (2014). Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*, 11(2-3), 259-270. doi:10.5209/rev_psic.2014.v11.n2-3.47387
- Landázuri, A. y Mercado, S. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 5, 89-113.
- Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M. y Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745480010>
- Lavoignet, B., Torres, T., Soltero, R. y Aguilera, M. (2015). El bienestar subjetivo y el autocuidado de Dorotea Orem: dos enfoques teóricos en común. *Revista Electrónica de*

- PortalesMédicos*, 10(2). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-bienestar-subjetivo-y-el-autocuidado-de-dorotea-orem/>
- Lichner, V., Petriková, F. & Žiaková, E. (2021). Adolescents self-concept in the context of risk behaviour and self-care. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 57-70. 10.1080/02673843.2021.1884102
- Little, T., Cunningham, W., Shahar, G. & Widaman, K. (2002). To Parcel or Not to Parcel: Exploring the Question, Weighing the Merits. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 151-173. DOI: 10.1207/S15328007SEM0902_1
- Martell, N., Ibarra, M., Contreras, G., y Camacho, E. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. *Psicología y salud*, 28(1), 15-24.
- Masoumi, M. & Shahhosseini, Z. (2019). Self-care challenges in adolescents: a comprehensive literature review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 31(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0152>
- Mbengo, F., Adama, E., Towell-Barnard, A., Bhana, A., & Zgambo, M. (2022). Barriers and facilitators to HIV prevention interventions for reducing risky sexual behavior among youth worldwide: a systematic review. *BMC infectious diseases*, 22(1), 1-17.
- Meda, R., Torres, P., Cano, R. y Vargas, R. (2004). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y salud*, 14(2), 205-214.
- Mekie, M., Addisu, D., Melkie, A., & Taklual, W. (2020). Parent-adolescent communication on sexual and reproductive health issues and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics*, 46(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00921-5>

- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878001>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). El cuidado y protección en las familias. Quito, Ecuador: Ministerio De Inclusión Económica Y Social.
- Misra, R. y Kaster, E.C. (2012) Health Beliefs. In: Loue S., Sajatovic M. (eds) *Encyclopedia of Immigrant Health*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0_332
- Morrison-Beedy, D., Grove, L., Ji, M., & Baker, E. (2017). Understanding the "Why" for High-Risk Behavior: Adolescent Girls Motivations for Sex. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 28(6), 877–887. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.06.012>
- Ningrum, P. (2021). The risk sexual behavior of adolescents reviewed based on Health belief model. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 9(4), 280-289.
- Noller, P., Seth, M., Bouma, R. & Schweitzer, R. (1992). Parent and adolescent perceptions of family functioning: A comparison of clinic and non-clinic families. *Journal of family and Adolescence*, 15, 101-114.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol*, 16(1), 9-38.
- O'Brien, R., Parra, L., & Cederbaum, J. (2021). “Trying My Best”: Sexual Minority Adolescents' Self-Care During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1053-1058.
- Oliva, A., Antolín, L., Povedano, A., Suárez, C., del Moral, G., Rodríguez, A., Capecchi, V., y Musitu, G. (2017). Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de

- género: Un estudio cualitativo. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.3648632
- Oliva, A., Parra, Á., y Aranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Ordway, M. R., Wang, G., Jeon, S., & Owens, J. (2020). Role of Sleep Duration in the Association Between Socioecological Protective Factors and Health Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 41(2), 117–127. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000721>
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica [Orem's model: Concepts of nursing in practice]. Barcelona: Masson Salvat.
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (Sixth ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2003). Enfermería conceptos de la práctica. St. Louis: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica. Oficina Sanitaria Panamericana.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- 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>

- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Palacios, J., Bravo, M. y Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology international*, 18(4), 1-13.
- Pérez, Y., Apupalo, M. y Creagh, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 789-799.
- Pinheiro, C. (2008). Dimensiones relacionales en el proceso de adaptación psicosocial de los adolescentes: vulnerabilidad y resiliencia en institucionalización, divorcio y familias intactas. [Tesis doctoral, Universidad de Oporto].
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29877&pi_pub_r1_id=
- Poblete, E. y López, E. (2019). La conducta sustentable: un enfoque intergeneracional. *Revista Digital Universitaria*, 20(1). <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018.v20n1.a4>
- Pozuelo, J. R., Desborough, L., Stein, A., & Cipriani, A. (2021). Systematic Review and Meta-analysis: Depressive Symptoms and Risky Behaviors Among Adolescents in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1016/j.jaac.2021.05.005

- Ramírez, A. y Durán, P. (2002). Investigaciones cualitativas en el ámbito de la psicología ambiental: una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).
- Reyes, O. y Ávila, F. (2016). La familia y su incidencia en el proceso educativo de los estudiantes de Enseñanza General Básica: estudio de caso. *Dominio de las Ciencias*, 2(1), 118-128.
- Reyes, S. y Oyola, M. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción*, 13(2), 127-137.
<https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
- Rodríguez, M., Couto, M y Díaz, N. (2016). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 53(3), 37-39.
- Romero, A., García-Mas, A., y Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347.
- Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del trabajo*, 6(3), 105-114.
- Roth, E. (2000). Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 63-78.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Saldaña, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del trabajo*, 6(3), 105-114.

- Sánchez, R. y Robles, S. (2014). Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en conflicto con la ley. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1398-1411.
- Sánchez, R., y Rosales, C. (2017). Modelo ecológico aplicado al campo de la salud sexual. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*, 120-136.
- Sari, E., & Dahlia, W. (2018). Family functioning and subjective well-being among adolescents. *MOJPC: Malaysia Online Journal of Psychology & Counselling*, 5(1), 43-51.
- Slater, H. (2015). *Predicting Condom Use Behavior in Sexually Active Adolescents: Application of The Health Belief Model and Developmental Assets Framework* [Tesis de doctorado, Universidad de Texas Arlington]. <https://rc.library.uta.edu/uta-ir/handle/10106/25059>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007/2009). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26.
- Torres, N., Corral-Verdugo, V., y Corral-Frías, N. (2021). Diseño y validación de la “Escala de conductas de autocuidado”. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 29(3), 721-741.
- Torriente, N., Diago, D., Rizo, A. y Menéndez, L. (2010). Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(4), 576-587.
- Tuong, N., Beyers, W., & Valcke, M. (2020). Care competencies in adolescents: Development of a new measure and relationships with well-being. *Current Psychology*, 1-14.
- Valdés, A., García, F., Torres, G., Urías, M. y Grijalva, C. (2019). Medición en Investigación Educativa con Apoyo del SPSS y el AMOS. CONACyT, México.

- Valenzuela, M., Ibarra, A., Zubarew, T. y Loreto, M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Índex de Enfermeria*, 22(1-2), 50-54.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Vargas, E. y Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, (11), 115-134.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401109>
- Vergês, V., Chávez, A., González, C., Pacheco, P., y Gómez, R. (2019). Creencias, percepciones y experiencias en sexualidad de adolescentes chilenos con infección por VIH adquirida por transmisión vertical. *Revista chilena de infectología*, 36(3), 318-330.
- Werner, S., Pelicioni, M. y Chiattonne, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153-172.
- Zamudio, D. (2019). Trascendencia de la psicología ambiental en la salud mental individual y colectiva. *Apuntes de Ciencia y Sociedad*, 9(1), 23-28. DOI:
<http://dx.doi.org/10.18259/acs.2019001>

Cronograma

Primera fase: estudio piloto	Año 2021											
	Primer semestre						Segundo semestre					
	Mes						Mes					
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Actividades												
Búsqueda y selección de un tema												
Revisión de literatura pertinente												
Planteamiento del problema de investigación												
Elaboración del marco teórico.												
Selección del diseño de investigación												
Formulación y desarrollo de marco metodológico												
Selección y descripción de los instrumentos a utilizar												
Adaptación/elaboración de instrumentos a utilizar												
Entrega de primer avance semestral												
Presentación de primer avance semestral ante Comité Tutorial												
Preparación del protocolo de aplicación (consentimiento informado, instrumentos y escalas)												
Elaboración de base de datos y paquete estadístico a utilizar												
Aplicación de instrumentos para recolección de datos												
Integración de resultados fase piloteo												
Entrega de segundo avance semestral												

Segunda fase: prueba de modelo estructural (fase de integración)	Año 2022											
	Tercer semestre						Cuarto semestre					
	Mes						Mes					
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Actividades												
Presentación segundo avance semestral	■											
Modificación de manuscrito		■										
Redacción y entrega de informe de resultados preliminares a autoridades del colegio			■									
Cálculo de muestra para aplicación final y modificación de cuestionario en plataforma digital				■								
Primera aplicación de instrumentos para recolección de datos en fase final					■							
Procesamiento de información recolectada (características de la muestra, análisis estadístico)					■	■						
Elaboración y desarrollo de resultados preliminares					■	■						
Presentación tercer avance semestral						■						
Creación de plática informativa para impartir a participantes (requisito de retribución social por parte de CONACYT)							■	■				
Presentación de plática informativa a participantes									■			
Segunda aplicación de instrumentos para recolección de datos en fase final					■	■	■	■	■	■		
Elaboración del reporte final							■	■	■	■	■	
Presentación de cuarto avance semestral												■

Anexos

Anexo 1

Instrumento Ambiente Familiar

¡Bienvenido/a!

Los datos que nos proporcionas son completamente anónimos y no tienen intención de hacer juicios acerca de tus opiniones y/o acciones durante tu participación. Es importante que sepas que las personas que intervendrán en el análisis de datos manejarán toda la información de manera ética. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas las personas son diferentes y se comportan de maneras muy distintas, por lo que te pedimos que seas completamente honesta/o en todos los apartados que se te presenten.

Edad: _____ Sexo: (M) (F) (Prefiero no decirlo) (Otro: _____) Grado: _____ Plantel: _____
Colonia en la que vives: _____ Tipo de vivienda: Departamento Casa Otro,
especifica: _____

Tu vivienda es: Propia Rentada Prestada Hipotecada No lo sabes

¿Por cuánto tiempo has vivido en ese lugar? (aproximadamente) Años _____ Meses _____

Ingreso familiar mensual (Aprox.): () de 0 a \$1,600.00
() de \$1,600.00 a \$5,000.00
() de \$5,000.00 a \$10,000.00
() de \$10,000.00 a \$20,000.00
() de \$20,000.00 a \$50,000.00
() de \$50,000.00 a \$100,000.00
() más de \$100,000.00

I. AMBIENTE FAMILIAR

En las siguientes oraciones se te presentarán varias declaraciones sobre características de la casa donde vives, cada una de las cuales puede ir, según tu opinión, en alguno de dos sentidos opuestos.

Instrucciones: Selecciona la casilla que mejor refleja tu opinión acerca de cada aspecto. Mientras más se acerque a uno de los dos sentidos, más de acuerdo estarás tu con éste.

I.1. HAC

1. *En general, el área que disponemos en casa es:*
Suficiente [] [] [] [] [] Insuficiente
 2. *Al desplazarme por mi casa me estorba:*
Todo [] [] [] [] [] Nada
 3. *En los pasillos cabemos más de una persona al mismo tiempo:*
Imposible [] [] [] [] [] Posible
 4. *Al abrir la puerta principal desde el interior de mi casa, el espacio es:*
Insuficiente [] [] [] [] [] Suficiente
 5. *El acceso desde la sala al baño es:*
Fácil [] [] [] [] [] Difícil
 6. *El acceso al comedor desde la cocina es:*
Fácil [] [] [] [] [] Difícil
 7. *El desplazamiento del refrigerador al lavatrastes es:*
Fácil [] [] [] [] [] Difícil
 8. *El acceso desde cualquiera de las recámaras al baño es:*
Fácil [] [] [] [] [] Difícil
-

I.2. PRIV

9. Puedo encontrar silencio en mi casa cuando lo necesito:
Siempre Nunca
10. En mi casa puedo desarrollar mis actividades sin ser molestada/o:
Siempre Nunca
11. En mi casa puedo hacer lo que yo quiera sin que se enteren mis vecinos:
Siempre Nunca
12. Puedo controlar el paso de gente extraña a los alrededores de mi casa:
Posible Imposible
13. La privacidad en mi casa es:
Adecuada Inadecuada
14. Cuando hay visitas en tu casa, ¿es posible que algún miembro de tu familia descansa en tu recámara sin ser molestada/o por el ruido proveniente de la sala y el comedor?
Imposible Posible
15. ¿Es posible escuchar desde afuera de las recámaras lo que la gente habla o hace dentro de ellas?
Posible Imposible
16. El acceso al baño sin ser vista/o por las visitas es:
Imposible Posible
17. ¿En qué medida se escucha lo que pasa en el baño?
Mucho Poco
18. Para evitar que mis vecinos escuchen cierro las ventanas:
Nunca Siempre
19. Cierro las cortinas de mi casa para evitar que mis vecinos me observen:
Nunca Siempre

I.3. EXT

20. En mi casa el ruido del radio y televisores de los vecinos:
No se escucha Se escucha
21. Cierro las ventanas de mi casa para disminuir el ruido que viene de fuera:
Nunca Constantemente
22. En mi casa hablamos en voz baja para evitar que los vecinos escuchen:
Nunca Siempre
23. En mi casa las voces de los vecinos:
No se escuchan Se escuchan

I.4. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instrucción: Selecciona la casilla que sea más válida para la familia en la que estás viviendo ahora.

	1	2	3	4	5	6
	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco de acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
24. Las personas en nuestra familia se ayudan y apoyan unas a otras.					1	2 3 4 5 6
25. Cada miembro de nuestra familia tiene algo que decir en las decisiones importantes.					1	2 3 4 5 6
26. Es muy difícil cambiar una regla en nuestra familia.					1	2 3 4 5 6
27. Somos honestos (nos decimos la verdad) los unos con los otros.					1	2 3 4 5 6
28. A menudo nos malinterpretamos los unos con los otros.					1	2 3 4 5 6
29. Los padres usualmente están de acuerdo en cosas que involucran a la familia.					1	2 3 4 5 6

30. Las personas en nuestra familia se ayudan y apoyan unas a otras.	1	2	3	4	5	6
31. Cada miembro de nuestra familia tiene algo que decir en las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
32. Es muy difícil cambiar una regla en nuestra familia.	1	2	3	4	5	6
33. Somos honestos (nos decimos la verdad) los unos con los otros.	1	2	3	4	5	6
34. A menudo nos malinterpretamos los unos con los otros.	1	2	3	4	5	6
35. Los padres usualmente están de acuerdo en cosas que involucran a la familia.	1	2	3	4	5	6
36. Somos flexibles acerca de quién hace qué en nuestra familia.	1	2	3	4	5	6
37. Aunque seamos bien intencionados, interferimos demasiado en la vida de los otros.	1	2	3	4	5	6
38. Hay mucho coraje/enfado/resentimiento entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5	6
39. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros.	1	2	3	4	5	6
40. Los hijos pueden opinar cuando se establecen reglas.	1	2	3	4	5	6
41. Nos interrumpimos entre nosotros y hablamos a la vez.	1	2	3	4	5	6
42. Nos mostramos afecto y ternura unos a otros.	1	2	3	4	5	6
43. Uno de los padres se pone de parte (o de lado) con los hijos contra el otro padre.	1	2	3	4	5	6
44. Trabajamos juntos para solucionar problemas.	1	2	3	4	5	6
45. Cada persona/miembro es animada/o a tener sus propias opiniones sobre las cosas.	1	2	3	4	5	6
46. Una vez que hemos decidido algo se nos hace difícil hacer cambios.	1	2	3	4	5	6
47. Los miembros de la familia se muestran sus verdaderos sentimientos entre sí.	1	2	3	4	5	6
48. En nuestra familia, tomar decisiones y hacer planes es un problema.	1	2	3	4	5	6
49. Cada miembro de la familia es aceptado por lo que es.	1	2	3	4	5	6
50. Los hijos son consultados y participan en la toma de decisiones.	1	2	3	4	5	6
51. Es más fácil hablar de problemas con gente de fuera que con miembros de la familia.	1	2	3	4	5	6
52. Escuchamos y respetamos los puntos de vista de cada uno.	1	2	3	4	5	6
53. Tratamos de que los otros cambien de una manera muy grande	1	2	3	4	5	6
54. Los miembros de nuestra familia son capaces de mantenerse y sentirse bien	1	2	3	4	5	6
55. Podemos solucionar problemas fácilmente hablando de ellos	1	2	3	4	5	6
56. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos	1	2	3	4	5	6
57. Todos los miembros de la familia tienen algo que opinar en las decisiones familiares	1	2	3	4	5	6
58. Incluso cuando estamos en desacuerdo, nos mostramos amor unos a los otros	1	2	3	4	5	6
59. Los padres y los hijos hablan acerca de las cosas antes de tomar decisiones	1	2	3	4	5	6

Anexo 2

Escala para medir Conductas de Autocuidado

Instrucciones: Indica qué tan seguido llevas a cabo las siguientes acciones, utilizando las siguientes opciones de respuesta:

0=Nunca 1=Casi nunca 2=Casi siempre 3=Siempre

- | | |
|---|-------|
| 60. Realizas actividad física con regularidad para mantener la salud. | _____ |
| 61. Participas en actividades que te ayudan a conocerte mejor a ti misma/o. | _____ |
| 62. Prestas más atención a la mente que a las emociones. | _____ |
| 63. Intentas consumir alimentos saludables. | _____ |
| 64. Realizas actividades para descansar la mente de las preocupaciones diarias. | _____ |
| 65. Haces cosas que te gustan. | _____ |
| 66. Intentas mantener el equilibrio entre cuerpo, mente y emociones. | _____ |
| 67. Participas en actividades que te ayudan a ser una mejor persona. | _____ |
| 68. Haces cosas que te traen bienestar. | _____ |
| 69. Intentas conocerte mejor cada día. | _____ |
| 70. Haces cosas que te dan placer. | _____ |
| 71. Participas en actividades que promuevan la espiritualidad. | _____ |
| 72. Todos los días intentas estar bien contigo misma/o. | _____ |
| 73. Alternas la posición del cuerpo para preservar la salud. | _____ |
| 74. Enfatizas más las actividades que usan la mente. | _____ |
| 75. Meditas para mantener la mente relajada y alerta. | _____ |
| 76. Después del trabajo, realizas cualquier actividad placentera. | _____ |
| 77. Cuando estás estresada/o, intentas calmar la mente. | _____ |
-

Anexo 3

Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BP-A)

Instrucciones. Contesta cada una de las siguientes cuestiones utilizando la siguiente escala:

1=Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Neutral
4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo

78. Estoy interesada/o en adquirir habilidades nuevas.	_____
79. Estoy abierta/o a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.	_____
80. Me intereso en perfeccionar mis habilidades.	_____
81. Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.	_____
82. Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.	_____
83. Si me esfuerzo logro lo que quiero.	_____
84. Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.	_____
85. Se me hace difícil hacer nuevos amigos/as.	_____
86. Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.	_____
87. Tengo buenas relaciones con mis compañeros/as.	_____
88. Me llevo bien con mis compañeros/as.	_____
89. Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida .	_____
90. Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.	_____
91. Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.	_____
92. Me he propuesto lograr varias metas.	_____
93. Me quiero con todos mis defectos.	_____
94. Acepto mis defectos.	_____
95. Quisiera tener un cuerpo diferente.	_____
96. Odio mis defectos.	_____
97. Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.	_____
98. Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.	_____
99. Para lograr lo que quiero es importante hacer planes.	_____
100. Si lucho por alcanzar mis metas las alcanzaré.	_____
101. Odio mi carácter.	_____
102. Odio mi manera de ser.	_____
103. Quisiera tener otro carácter.	_____
104. Puedo controlar mis impulsos.	_____
105. Domino fácilmente mi carácter.	_____
106. Controlo mi comportamiento, aunque esté alterada/o.	_____

Anexo 4

Cuestionario Creencias de Salud

Instrucciones: Responde las siguientes preguntas con honestidad, incluso si no tienes una pareja sexual actualmente. Utiliza la siguiente escala:

	1	2	3	4	5
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
107. Si tengo relaciones sexuales, contraeré el SIDA.	1	2	3	4	5
108. Si tengo relaciones sexuales, contraeré una enfermedad de transmisión sexual (ETS).	1	2	3	4	5
109. Si tengo relaciones sexuales durante mi adolescencia, mi pareja o yo quedaremos embarazadas.	1	2	3	4	5
110. Si mi pareja o yo usáramos un condón, el sexo no sería tan bueno.	1	2	3	4	5
111. El sexo se siente antinatural cuando se usa un condón.	1	2	3	4	5
112. Los condones hacen que no quieras tener relaciones sexuales porque tienes que detenerte para ponerte uno.	1	2	3	4	5
113. Decir que tenemos que usar condón haría que mi pareja sexual pensara que estoy teniendo relaciones sexuales con otras personas.	1	2	3	4	5
114. Decir que tenemos que usar condón es como decirle a mi pareja sexual: "No confío en ti".	1	2	3	4	5
115. Es probable que mi pareja sexual termine conmigo si le digo que tenemos que usar condón.	1	2	3	4	5
116. Si tuviera un condón conmigo, a mi pareja sexual no le gustaría.	1	2	3	4	5
117. Los condones cuestan demasiado dinero.	1	2	3	4	5
118. Es difícil para mí conseguir condones.	1	2	3	4	5
119. Es demasiado complicado llevar condones conmigo.	1	2	3	4	5
120. Puedo conseguir condones.	1	2	3	4	5
121. Es fácil para mí tener un condón conmigo todo el tiempo.	1	2	3	4	5
122. Puedo hacer que mi pareja sexual acepte usar un condón sin "apagarlo/a".	1	2	3	4	5
123. Puedo decirle a mi pareja sexual que deberíamos usar condón.	1	2	3	4	5
124. Antes de que estemos listos para tener relaciones sexuales, puedo hablar con mi pareja sexual sobre el uso de condón.	1	2	3	4	5
125. Puedo ponerme un condón sin "apagar" a mi pareja sexual.	1	2	3	4	5
126. Estoy seguro/a de que puedo usar condón si tengo relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
127. Trataré de que mi pareja sexual acepte usar condones si tenemos relaciones sexuales en los próximos tres meses.	1	2	3	4	5
128. Puedo hacer que mi pareja sexual acepte usar un condón, incluso si no quiere usarlo.	1	2	3	4	5
129. Puedo usar un condón incluso si la habitación está oscura.	1	2	3	4	5

Anexo 5

Índice de Conductas Sexuales De Riesgo Modificado (ICSR-M)

Instrucción. Responde con honestidad las siguientes preguntas según lo que te describa mejor.

130. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
131. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez?	
132. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Cero personas <input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Dos personas <input type="checkbox"/> Tres o más personas
133. De tus parejas sexuales, ¿Con cuántas personas tuviste relaciones con poco tiempo de conocerle?	<input type="checkbox"/> Cero personas <input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Dos personas <input type="checkbox"/> Tres o más personas
134. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo para protegerte de un embarazo o una infección?	<input type="checkbox"/> Cero personas <input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Dos personas <input type="checkbox"/> Tres o más personas
135. ¿Has mantenido relaciones sexuales sin protección porque estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres o más veces
136. ¿Alguna vez has tenido que hacerte una prueba para detectar una infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres o más veces
137. ¿Alguna vez has tenido que hacerte una prueba de embarazo, o tu pareja ha tenido que hacerse una prueba de embarazo?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres o más veces
138. En tus relaciones sexuales ¿con qué frecuencia utilizas algún método para protegerte de un embarazo no planeado o una infección?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca

¡Has terminado! Muchas gracias por tu cooperación.

Anexo 6

Formulario de Consentimiento Informado para Padres

Su hijo/a ha sido invitado/a a participar en la investigación titulada “Factores cognitivos, factores positivos y ambiente familiar en adolescentes sonorenses”, presentada en la Maestría en Psicología de la Universidad de Sonora en Hermosillo, Sonora, dirigida por la Lic. En psicología Gisel Alexia Miranda Parra, en colaboración con el Dr. Juan Carlos Manríquez Betanzos, académico del Departamento de Psicología de la Universidad de Sonora campus Cajeme.

Este es un formulario de consentimiento informado cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea o no que su hijo(A) participe en esta investigación. Usted es libre de hacer preguntas en cualquier momento y si está de acuerdo en que su hijo(a) participe, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento.

El propósito de este estudio es evaluar un modelo de relaciones entre variables: factores positivos (bienestar psicológico y conducta de autocuidado), factores cognitivos (creencias de salud enfocado en la conducta sexual de riesgo) y ambiente familiar en adolescentes de Hermosillo, Sonora. Es decir, el estudio permitirá identificar la relación entre el bienestar psicológico, las creencias de salud respecto a la conducta sexual de riesgo, la conducta de autocuidado y el ambiente familiar.

La participación de su hijo(a) es voluntaria, consistirá en contestar cinco instrumentos los cuales miden cada una de las variables previamente mencionadas. A su hijo(a) se le pedirá que conteste de manera anónima y confidencial dichos instrumentos.

La actividad tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

El que Ud. decida que su hijo(a) participe en este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que la aplicación de los instrumentos será de manera virtual, por tal motivo no será necesario que se exponga al contacto físico con otras personas.

Si Usted no desea que su hijo(a) participe no implicará sanción. Además, su hijo(a) tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

La participación de su hijo(a) es totalmente confidencial, ni su nombre ni sus datos personales, ni ningún tipo de información que pueda identificarle aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo del investigador responsable.

Su hijo(a) no se beneficiará de participar en este estudio, sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para futuras investigaciones de la Universidad de Sonora, a nivel nacional e internacional.

El participar en este estudio no tiene costos para su hijo(a) y no recibirá ningún pago por estar en este estudio. Si usted lo requiere, se le entregará un informe con los resultados obtenidos una vez finalizada la investigación, que también se entregará a dirección del plantel.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos, para la creación de nuevos instrumentos y para futuras investigaciones.

Una vez finalizada la investigación Usted podrá conocer los resultados y en caso de requerir la información favor de solicitarla a los responsables de la investigación. Igualmente, la información será almacenada en la biblioteca digital de la Universidad de Sonora y quedará bajo el resguardo del encargado del departamento de Biblioteca.

Si tiene dudas o consultas respecto de la participación de su hijo(a) en el estudio puede contactar a la investigadora responsable de este estudio: Lic. Gisel Alexia Miranda Parra, correo: a221130071@unison.mx

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

He sido informado/a de qué se intenta averiguar por medio del estudio, además de las actividades contempladas en la investigación.

La participación de mi hijo/a en este estudio es voluntaria y podrá renunciar a participar en cualquier momento si así lo desea, sin causa ni responsabilidad alguna. Esta decisión no afectará a mi hijo/a ni a la relación con esta institución de ninguna otra forma. Los datos son confidenciales y se respetará el anonimato de las respuestas.

He sido informado/a y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre la participación de mi hijo/a en el estudio, puedo contactarme con la investigadora responsable, Lic. Gisel Alexia Miranda Parra, correo: a221130071@unison.mx

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente la participación de mi hijo(a) en este estudio, confirmo la autorización.

SI _____

NO _____

Si acepta la participación, escriba su nombre, por favor: _____

Muchas gracias por su cooperación.

Anexo 7

Formulario de Asentimiento Informado para Estudiantes

Te invitamos a participar en una investigación titulada “Factores cognitivos, factores positivos y ambiente familiar en adolescentes sonorenses”, presentada en la Maestría en Psicología de la Universidad de Sonora dirigida por la Lic. En psicología Gisel Alexia Miranda Parra, en colaboración con el Dr. Juan Carlos Manríquez Betanzos, profesor-investigador de tiempo completo del núcleo básico de posgrado en psicología, Universidad de Sonora.

Se trata de una investigación que permitirá identificar la relación entre el bienestar psicológico, las creencias de salud en cuanto a la conducta sexual de riesgo de los adolescentes, el ambiente familiar y la conducta de autocuidado, y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistirá en contestar cinco instrumentos en forma de cuestionarios, mediante la plataforma Google Forms.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes retirarte. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, puedes retirarte en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Toda la información que nos proporciones será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Sólo los resultados y conclusiones de la investigación serán proporcionados a tus padres, en caso de que así lo soliciten.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos, para la creación de nuevos instrumentos y para futuras investigaciones.

Si aceptas participar, te pedimos que selecciones la casilla que así lo indica y escribas tu nombre. Si no quieres participar, no selecciones ninguna casilla ni escribas tu nombre.

Muchas gracias por tu cooperación.

¿Deseas participar en el estudio?

SI ____

NO ____

Si aceptas participar, escribe tu nombre, por favor. _____

Si no deseas participar, puedes cerrar esta ventana. Gracias por tu tiempo.