



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 IMSS

TESIS

**INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES
CONDUCTUALES EN EL COMPORTAMIENTO DE RIESGO
PARA VIH/SIDA EN HOMBRES Y MUJERES EN EDAD
PRODUCTIVA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR # 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

**PRESENTADA POR:
DRA. RUTH PÉREZ ORTIZ**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESOR: DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ

AGUASCALIENTES, AGS FEBRERO 2021



AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. RUTH PEREZ ORTIZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES EN EL
COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES Y MUJERES EN
EDAD PRODUCTIVA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 1
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2021-101-008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Ruth Pérez Ortiz asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ



AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO 2021

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. RUTH PEREZ ORTIZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES EN EL
COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES Y MUJERES EN
EDAD PRODUCTIVA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 1
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2021-101-008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Ruth Pérez Ortiz asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado Aguilar

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 15/02/21

NOMBRE: RUTH PÉREZ ORTIZ ID 251886

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ACCIDENTES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES EN EL COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES Y MUJERES EN EDAD PRODUCTIVA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): VALORACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD EN POBLACION GENERAL

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si x
No

FIRMAS

Revisó:
NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:
NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico. Llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme guiado durante estos 3 años, por darme la oportunidad de cumplir mis metas y seguir adelante con mi proyecto de vida.

Agradezco a mi esposo, Alonso, por acompañarme en este camino, por apoyarme siempre, por brindarme una sonrisa en los días de post-guardia, así como palabras de aliento y animo cuando eran necesarias, por confiar en mí y nunca dejar que abandone mis sueños.

Agradezco a mis padres, porque gracias a ellos me encuentro en este lugar, que aunque estén lejos sé que siempre puedo contar con ellos.

Agradezco a mi asesora de tesis la Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez por brindarme su apoyo, conocimiento y sobre todo su tiempo para cumplir con este proyecto de tesis.

DEDICATORIA

A mi esposo Alonso con todo mi amor, por estar siempre a mi lado, brindándome su amor, paciencia y apoyo incondicional.

A mis padres Pedro y Roselia por su apoyo incondicional, por ser mi guía y hacer de mi la persona que ahora soy.



INDICE GENERAL

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
3. INTRODUCCION	7
4. MARCO TEORICO	8
4.1 Antecedentes científicos sobre el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA basado en el modelo de información, motivación y habilidades conductuales.	9
4.2 Teorías y modelos que apoyan a las variables y características de las mismas.	13
4.3 Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB):	15
4.3.1 Información sobre el VIH/SIDA y el comportamiento de riesgo:.....	17
4.3.2 Motivación y comportamiento de riesgo para VIH/SIDA:.....	18
4.3.3 Habilidades conductuales y comportamiento de riesgo para VIH/SIDA:.....	19
4.4 Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud.....	19
4.5 Marco conceptual	23
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
7. OBJETIVOS.....	30
8. MATERIAL Y MÉTODOS	30
8.1 Diseño de estudio:.....	30
8.2 Universo de trabajo:	30
8.2.1 Población de estudio:.....	31
8.2.2 Unidad de análisis:	31
8.3 Criterios de selección:.....	31
8.3.1Criterios de inclusión:.....	31
8.3.3 Criterios de eliminación:	31
8.4 Muestreo	31
8.4.1 Tipo de muestreo:.....	31
8.4.2 Tamaño de la muestra:.....	31
8.5 Definición operacional de variables	32
8.5.1 Variables sociodemográficas:.....	32

8.5.2 variables del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales para el comportamiento de riesgo aplicado a VIH/SIDA:.....	33
8.6 Plan de procesamiento y análisis de datos	34
8.6.1 Logística:.....	34
8.6.2 Descripción del instrumento de investigación “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)”	34
8.6.3 Adaptación cultural y validación del instrumento	38
8.6.4 Técnica de recolección de datos	40
8.6.5 Plan de análisis:.....	41
9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	44
10. ASPECTOS ÉTICOS	45
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	46
12. RESULTADOS.....	48
13. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	85
14. CONCLUSIONES.....	87
15. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
16. GLOSARIO.....	88
17. BIBLIOGRAFIA	89
18. ANEXOS	95

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	95
ANEXO B. INSTRUMENTO INICIAL	108
ANEXO C. INSTRUMENTO FINAL.....	130
ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	139
ANEXO F. MANUAL OPERACIONAL	140
ANEXO G.DICTAMEN DE APROBACION DEL COMITE.....	151
ANEXO H. CARTA DE NO INCOVENIENTE	152

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. ÍNDICE DE LAWSHE DEL GRUPO DE LA TÉCNICA DELPHI	48
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN, ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS DATOS DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”	54
TABLA 3. ANÁLISIS FACTORIAL INICIAL CON ROTACIÓN VARIMAX DE LOS ÍTEMS DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”	58
TABLA 4. ANÁLISIS FACTORIAL FINAL CON ROTACIÓN VARIMAX DE LOS ÍTEMS DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”	60
TABLA 5.ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO	61
TABLA 6. CORRELACIÓN DE PEARSON POR DIMENSIÓN	62
TABLA 7. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO.....	63
TABLA 8. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: TOMA DE DECISIONES SEXUALES.....	63
TABLA 9. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: MASTURBACIÓN.....	63
TABLA 10. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: CONDÓN MASCULINO	64
TABLA 11. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: SEXUALIDAD MASCULINA	64
TABLA 12. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: APOYO SOCIAL PARA EL USO DEL CONDÓN MASCULINO Y LA MASTURBACIÓN	65
Tabla 13. Correlación de Pearson dimensión: Relaciones sexuales.....	65
TABLA 14. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: NEGOCIACIÓN SEXUAL..	66
TABLA 15. CONSISTENCIA INTERNA DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”	67
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD	68
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO.....	68
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL	69
TABLA 19. RELACIÓN DE PAREJA.....	70
TABLA 20. RELACIONES SEXUALES	70

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD 71

TABLA 22. USO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES..... 71

TABLA 23. USO COMPARTIDO DE JERINGUILLAS AL UTILIZAR DROGAS..... 72

TABLA 24. USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS 73

TABLA 25. PRUEBA DE VIH 74

TABLA 26. RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH 74

TABLA 27. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA 75

TABLA 28. MÁXIMO DE HORAS QUE ESTARÍAS DISPUESTO/A A ASISTIR 75

TABLA 29. ASISTIRÍAS A VARIAS PLÁTICAS EN DÍAS DIFERENTES..... 75

TABLA 30. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN CONOCIMIENTO 77

TABLA 31. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN DECISIONES SEXUALES..... 78

TABLA 32. NIVEL DE INFORMACIÓN..... 78

TABLA 33. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN ACTITUDES HACIA LA MASTURBACION 80

TABLA 34. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDON..... 80

TABLA 35. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD MASCULINA 81

TABLA 36. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN APOYO SOCIAL PARAL EL USO DEL CONDON Y LA MASTURBACION..... 81

TABLA 37. NIVEL DE “MOTIVACIÓN” 82

TABLA 38. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN RELACIONES SEXUALES..... 83

TABLA 39. RESULTADO DE LA DIMENSION NEGOCIACION SEXUAL 83

TABLA 40. NIVEL DE HABILIDADES CONDUCTUALES 84

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 DIAGRAMA DE COCHRANE.....8

FIGURA 2. TRES DETERMINANTES FUNDAMENTALES DE LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE SIDA.....15

1. RESUMEN

Antecedentes: El VIH/SIDA es un grave problema de salud a nivel mundial, a pesar de ser prevenible, los casos siguen en aumento, siendo la población de los países en vías de desarrollo la más afectada. El modelo IMB de Fisher y Fisher, ha demostrado ser eficaz al modificar comportamientos riesgosos para el VIH/SIDA, con una fase inicial donde se determina el nivel existente de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA. En México no existen investigaciones previas basadas en dicho modelo. **Objetivo:** Determinar el nivel de Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1, delegación Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo, en hombres y mujeres de 18 a 64 años, seleccionados por muestreo aleatorio simple con un total de 382 participantes, aplicándose el instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E), al cual se le realizó adaptación cultural, validez de contenido, validez aparente, validez de constructo, validez de criterio y fiabilidad. **Resultados:** El instrumento se adaptó culturalmente a la población mexicana, cuenta con validez de contenido por panel de expertos (técnica Delphi e índice de Lawshe), con validez aparente por 3 grupos focales, validez de constructo por análisis factorial exploratorio con una varianza total explicada mayor del 70%, KMO de .808 y significancia en la prueba de esfericidad de Bartlett, así como análisis factorial confirmatorio con índices de bondad de ajuste aceptables, la validez de criterio presentó correlaciones de Pearson significativas y Alfa de Cronbach fue de 0.814. El nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo en general fue bajo, solo el 27.79% de los participantes obtuvo niveles suficientes en los 3 componentes, individualmente el nivel de información fue suficiente en el 62.3%, el nivel de motivación fue alto en el 30.6% y el nivel de habilidades conductuales fue suficiente en el 90.4% de los participantes. **Conclusiones:** Es necesario aplicar la fase 2 del modelo IMB, creando una intervención para mejorar los niveles de información y de motivación, ya que obtuvieron los niveles más bajos y favorecen a comportamientos de riesgo. **Palabras clave:** VIH, SIDA, información, motivación, habilidades conductuales, comportamiento.

2. ABSTRACT

Background: HIV/AIDS is a serious health problem worldwide, despite being preventable, cases continue to increase, with the population in developing countries being the most affected. The Fisher and Fisher BMI model has proven to be effective in modifying HIV/AIDS risk behaviors, with an initial phase where the existing level of information, motivation and behavioral skills in HIV/AIDS risk behavior is determined. In Mexico there is no previous research based on this model. **Objective:** To determine the level of information, motivation and behavioral skills in HIV/AIDS risk behavior in men and women of productive age assigned to the Family Medicine Unit # 1 Aguascalientes. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional study, in men and women aged 18 to 64 years, selected by simple random sampling with a total of 382 participants, applying the Information, Motivation and Behavioral Skills-English (IIMC-E) instrument, which was culturally adapted, content validity, face validity, construct validity, criterion validity and reliability. **Results:** The instrument was culturally adapted to the Mexican population, with content validity by expert panel (Delphi technique and Lawshe index), with apparent validity by 3 focus groups, construct validity by exploratory factor analysis with a total variance explained greater than 70%, KMO of . 808 and significance in Bartlett's test of sphericity, as well as confirmatory factor analysis with acceptable goodness-of-fit indices, criterion validity presented significant Pearson correlations and Cronbach's alpha was 0.814. The level of information, motivation and behavioral skills in risk behavior in general was low, only 27.79% of the participants obtained sufficient levels in the 3 components, individually the level of information was sufficient in 62.3%, the level of motivation was high in 30.6% and the level of behavioral skills was sufficient in 90.4% of the participants. **Conclusions:** It is necessary to apply phase 2 of the IMB model, creating an intervention to improve the levels of information and motivation, since they obtained the lowest levels and favor risk behaviors. **Key words:** HIV, AIDS, information, motivation, behavioral skills, behavior.

3. INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que pertenece a la familia *Retroviridae* del género *Lentivirus*, el cual tiene un especial tropismo por las células CD4+ del sistema inmunitario celular, infectándolas y destruyéndolas. A medida que avanza la infección, disminuye el número de linfocitos CD4, con lo que aumenta el riesgo de desarrollar tumores e infecciones oportunistas (1). El virus se transmite mediante la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna a través de heridas en la piel, o cuando alguno de esos fluidos entra en contacto directo con mucosas corporales (vaginal, anal, conjuntival y oral), aunque estas no tengan heridas. De estas vías de transmisión, la vía sexual es la más común representando más del 90% de los casos(2)(1).

A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, con más de 34 millones de vidas cobradas hasta 2015 en todo el mundo(3). Entre los intentos por frenar esta epidemia se ha llegado a una comprensión más clara de que la batalla no se trata simplemente de usar condones o de apegarse al tratamiento. Más bien, el riesgo del VIH y la atención del SIDA implican comportamientos complejos influenciados desde múltiples niveles, desde el conocimiento, las actitudes, las emociones y la percepción del riesgo de un individuo, hasta la dinámica de poder entre los socios, la accesibilidad de los servicios, las desigualdades económicas, la criminalización de los grupos vulnerables y las políticas que hacen del VIH un problema de salud prioritario.(4)

En México de acuerdo a las estadísticas de CENSIDA la población más afectada es aquella que se encuentra entre los 25 a los 44 años de edad, donde es estratégico poner en práctica programas de prevención para que dicha población asuma comportamientos saludables en la prevención del VIH/SIDA, para lograrlo hay que considerar el contexto social en el que se desenvuelven, tal como lo plantea el modelo de Información, motivación y habilidades del comportamiento de Fisher y Fisher, que en su fase inicial busca determinar la información, la motivación y las habilidades conductuales en el comportamientos de riesgo para VIH/SIDA(5), para posteriormente realizar intervenciones preventivas dirigidas.

4. MARCO TEORICO

Se realizó una búsqueda sistemática de la información utilizando los principales motores de búsqueda como BVS, PubMed y Web Of Science con los siguientes descriptores “HIV OR Human Immunodeficiency Virus OR Immunodeficiency Virus, Human OR Immunodeficiency Viruses, Human OR Virus, Human Immunodeficiency AND Acquired Immunodeficiency Syndrome OR Immunologic Deficiency Syndrome, Acquired OR Acquired Immune Deficiency Syndrome OR Acquired Immuno-Deficiency Syndrome OR AIDS” así como la palabra clave (((information motivation behavioral skills model) OR Information–motivation–behavioral skills model)) OR IMB model. Obteniéndose un total de 206 artículos. Figura 1

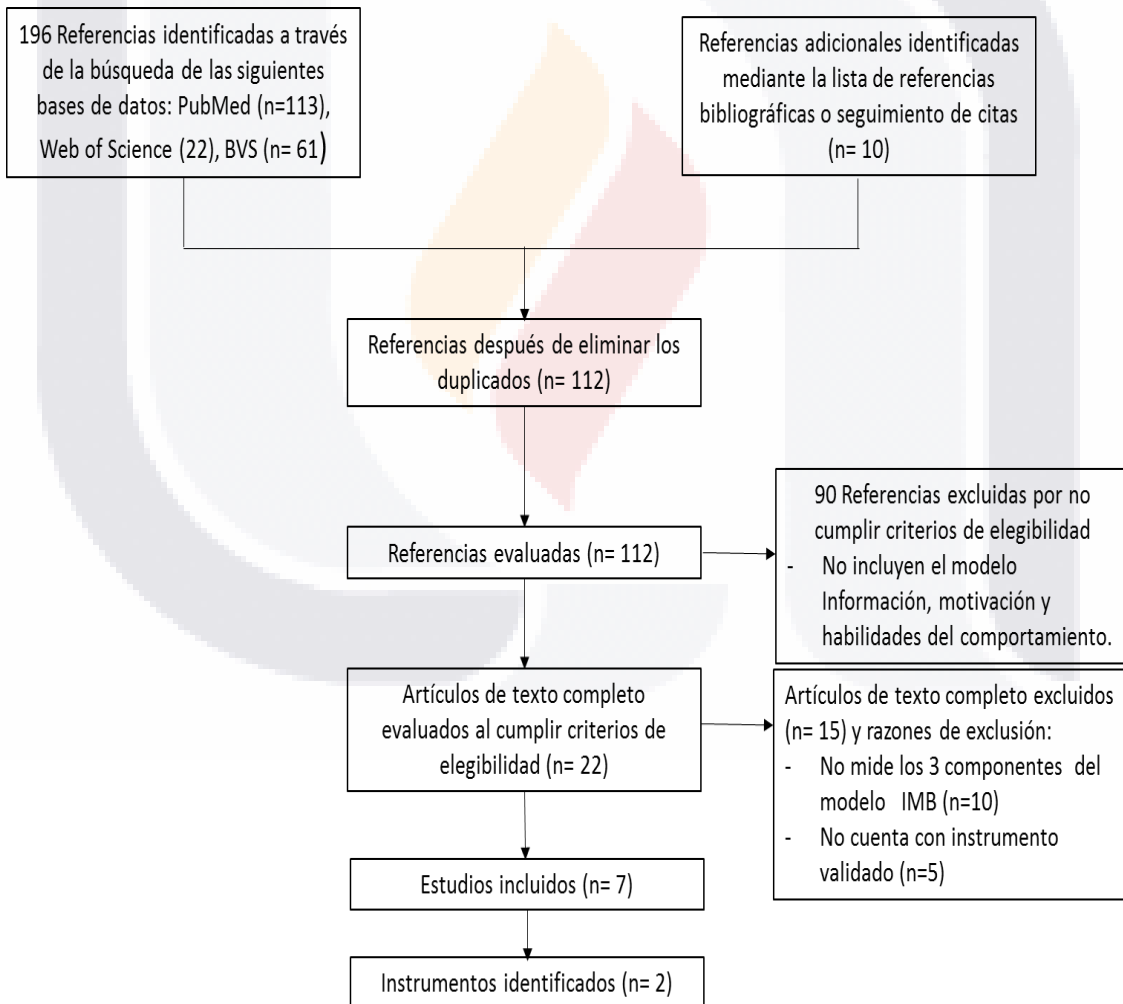


FIGURA 1 DIAGRAMA DE COCHRANE.

4.1 Antecedentes científicos sobre el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA basado en el modelo de información, motivación y habilidades conductuales.

Fisher JD, Fisher WA, Williams SS y Malloy. (1994) Realizaron un estudio en E.U.A. con el objetivo de describir y probar un nuevo modelo creado por ellos mismos para explicar el comportamiento preventivo del SIDA en 2 poblaciones de riesgo. El estudio 1 incluyó 126 hombres homosexuales y el estudio 2 a 259 estudiantes universitarios heterosexuales. En ambos estudios se realizó un cuestionario inicial sobre medidas de información (conocimiento general y transmisión del VIH/SIDA), motivación (3 escalas sumadas: actitudes, normas subjetivas e intenciones de comportamiento para la prevención del SIDA), habilidades conductuales (2 escalas: Eficacia percibida y dificultad percibida en el comportamiento preventivo del sida) y comportamiento preventivo del SIDA (discusión de sexo seguro, uso del condón y práctica de sexo seguro), con un cuestionario de seguimiento a los 2 meses del primero, que solo midió comportamiento preventivo del SIDA. En cada estudio se estimaron y compararon 2 modelos: el completo (5 construcciones y 9 parámetros) y el restringido (5 construcciones y 5 parámetros) obteniendo los siguientes resultados: En ambos estudios el nivel de información fue medio alto, la motivación tuvo niveles altos y las habilidades conductuales presentaron niveles moderados. En ambos estudios en el modelo completo se encontró que a mayor información y motivación, también había mayores habilidades conductuales. En ambos estudios, la información solo tuvo efectos mediados en el comportamiento preventivo, mientras que la motivación tuvo efectos tanto mediados como directos en el comportamiento.(6)

M. Bazargan , EM Kelly , JA Stein , BA Husaini y SH Bazargan. (2000) Publicaron un estudio realizado en E.U.A cuyo objetivo fue delinear los correlatos del uso del condón en estudiantes universitarios afroamericanos solteros y sexualmente activos, como método preventivo del VIH/SIDA basados en el modelo IMB. El estudio incluyó 253 estudiantes (61.7% mujeres y 38.3% hombres), con una media de edad de 20.8 años. El cuestionario incluía información demográfica, medidas de conocimiento sobre el SIDA, medidas de motivación para la reducción del riesgo de SIDA y medidas de habilidades conductuales, habilidades de comportamiento y eficacia personal. La información se midió con 2 escalas: conocimiento sobre transmisión del VIH a través de actividades sexuales y actividades no sexuales. La motivación incluyó 5 subescalas:

Vulnerabilidad percibida, miedo/ansiedad por contraer el VIH, apoyo de pares para sexo seguro, experiencias y actitudes hacia los condones, y relaciones monógamas. Las Habilidades de comportamiento y eficacia personal se midieron con una sola escala. Obteniéndose los siguientes resultados: El 65.7% de los estudiantes respondieron correctamente sobre la transmisión del VIH a través de actividades sexuales y el 65,2% a través de actividades no sexuales, representando niveles suficientes de información. Mayor motivación para el uso del condón incluyó niveles altos de conocimiento del VIH (actos sexuales), género masculino, menor edad, relación no monógama, más experiencias con condones y mayores habilidades de comportamiento. Mayores habilidades conductuales incluyeron niveles altos de experiencias y actitudes positivas hacia los condones, una relación monógama, más apoyo entre pares, más conocimiento del VIH (actos sexuales) y menos vulnerabilidad percibida.(7)

Kalichman SC, Picciano JF y Roffman RA. (2008) Llevaron a cabo un estudio en E.U.A. con el objetivo de probar el modelo IMB utilizando marcadores determinados empíricamente para una motivación sexual más segura en los comportamientos de riesgo de VIH, en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres. 391 hombres mayores de 16 años con una media de 35 años completaron la entrevista inicial y 323 cuatro meses después del inicio del estudio. Se recopilaron medidas sobre: Características demográficas, información (conocimiento y transmisión del VIH/SIDA y uso adecuado del condón), motivación (intenciones de comportamiento, normas sociales percibidas, riesgo percibido, ambivalencia, autoevaluación motivacional y etapa de cambio) y habilidades de comportamiento (autoeficacia para participar en comportamientos sexuales más seguros y conductas sexuales). Todas las interacciones con los participantes del estudio ocurrieron por teléfono. Se obtuvieron los siguientes resultados: 23% de los participantes tenía una educación secundaria o menos, y el 34 por ciento eran graduados universitarios, el 83% eran gays y una quinta parte de la muestra era VIH positiva. A niveles más altos de conocimiento se observaron niveles más altos de autoeficacia y motivación. Los hombres que participaron en relaciones sexuales anales no protegidas con parejas sexuales no primarias presentaron niveles bajos en las habilidades conductuales, pero esto disminuyó en el seguimiento, aunque con niveles más bajos de motivación

(intenciones, ambivalencia, riesgo percibido y autoeficacia) para reducir sus comportamientos de riesgo sexual. (8)

Santiago-Rivas M y Pérez-Jiménez D. (2009) Desarrollaron un estudio en Puerto Rico, el cual evaluó los constructos de información, motivación y habilidades conductuales y la aplicabilidad del Modelo IMB para la prevención del VIH a dos muestras puertorriqueñas. Grupo 1 (encuesta en papel y lápiz) y Grupo 2 (encuesta en línea). Primer grupo: 291 participantes, 37 % hombres y 63% mujeres, con edades entre 21 y 45 años. Segundo grupo: 756 participantes, 36% hombres y 64% mujeres, con edades entre 21 y 48 años. Todos los participantes se declararon heterosexuales. Se utilizó un instrumento adaptado a las escalas incluidas en el cuestionario IIMC-E, versión en español y versión en Internet, el cual incluía los constructos de información (conocimiento de los modos de transmisión y prevención del VIH y la toma de decisiones), motivación (riesgo percibido, actitudes sobre el condón y apoyo social hacia un sexo más seguro) y habilidades conductuales (capacidad de implementar y mantener el uso del condón). Con los siguientes resultados: En términos del componente de Información en ambos grupos el indicador de Toma de Decisiones fue el mejor predictor del procesamiento cognitivo y la aplicación de la información precisa sobre los modos de transmisión del VIH, para el componente de motivación, las actitudes del condón fueron un predictor más eficiente en comparación con el riesgo percibido y el apoyo social, finalmente en ambas muestras las habilidades conductuales fueron más altas en aquellos participantes capaces de negociar relaciones sexuales más seguras. Niveles más altos en los 3 componentes indican mayor prevención para el VIH/SIDA (9)

Colleen M. Fisher PhD (2011) Realizo un estudio en E.U.A con el objetivo de responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Hasta qué punto el modelo IMB predice las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el VIH en hombres jóvenes que tienen sexo con hombres? donde participaron 156 hombres de 14 a 21 años, con una edad media de 18,64 años; todos completaron un cuestionario escrito autoadministrado. El nivel de información sobre el VIH / SIDA se midió con la subescala "Heurística de información sobre el SIDA". La motivación se midió con tres constructos (actitudes, normas e intenciones de prevención del VIH). La autoeficacia para habilidades de comportamiento se evaluó mediante dos subescalas (autoeficacia

del uso del condón y autoeficacia de negociación de sexo seguro). Finalmente las conductas sexuales de riesgo se midieron con dos subescalas basadas en el riesgo primario o secundario. Los resultados descriptivos indicaron que los jóvenes estaban bastante informados sobre la transmisión y prevención del VIH / SIDA, tenían actitudes muy positivas hacia los condones y fuertes intenciones de participar en conductas preventivas relacionadas con el uso de los mismos. También indicaron un apoyo muy fuerte de amigos y un poco menos de sus parejas sexuales para el uso del condón, con una autoeficacia percibida de moderada a alta para ambas subescalas, lo que indica que tenían bastante confianza en su capacidad para poner en práctica las habilidades de prevención del VIH. Comportamientos sexuales primarios más riesgosos se observaron con niveles bajos de información y motivación para la prevención del VIH, y con niveles más bajos de información y motivación se observó una menor autoeficacia para las habilidades preventivas.

Bahrami Z y Zarani F (2014) Publicaron un estudio en Irán con el objetivo de investigar la relación entre el modelo IMB y las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en un grupo de estudiantes iraníes. Planteándose la hipótesis de que los niveles de información, motivación y percepción del riesgo del VIH son determinantes fundamentales de las prácticas sexuales seguras entre los estudiantes universitarios. Participaron un total de 151 hombres universitarios con edades entre 18 y 31 años, con un promedio de 23 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario que midió el conocimiento sobre la prevención del SIDA, la motivación para evitar la comunicación con pacientes con VIH, la percepción de riesgo de morbilidad por SIDA y el comportamiento sexual de riesgo. El estudio se realizó durante 1 mes, obteniéndose los siguientes resultados: la mayoría de los participantes tenían conocimientos sobre el VIH / SIDA y el comportamiento de riesgo asociado con la enfermedad. Niveles altos de percepción de riesgo a ser infectado por el VIH es el mejor indicador para evitar conductas sexuales de riesgo, y un nivel alto de motivación es el segundo. También se observó que con niveles altos de motivación, las conductas sexuales de riesgo disminuyen ($p < 0,001$) y viceversa. (10)

Wilkerson JM, Rhoton JM, Li D, Rawat SA, Patankar P, Rosser BRS y Ekstrand M (2018) Desarrollaron un estudio en India, con el objetivo de determinar si el modelo IMB en el comportamiento de riesgo de VIH/SIDA era transferible a un contexto indio.

Participaron 449 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y hijras (mujeres transgénero), con edades entre 18 y 64 años, con una edad promedio de 29.47. El instrumento incluyó los constructos de IMB, el comportamiento sexual en línea y fuera de línea, y las características demográficas: 1) Constructo de información (uso del condón y el riesgo de VIH), 2) las actitudes hacia el bareback, como un proxy para la construcción de la motivación, 3) la autoeficacia del uso del condón y 4) Comportamiento sexual arriesgado (número total de actos sexuales anales sin condón), obteniendo los siguientes resultados: El conocimiento de los participantes sobre las prácticas sexuales más seguras fue heterogéneo, 98% sabía que los condones eran la mejor manera de prevenir la propagación del VIH y el 53% podía diferenciar el riesgo asociado con el sexo oral y anal, pero esa información no está relacionada con el comportamiento preventivo, ya que no se observaron niveles altos de autoeficacia del uso del condón o de tener más de un compañero masculino en los últimos 3 meses. Además, al contrario del modelo IMB, niveles altos de conocimiento tampoco se correlacionaron significativamente con las actitudes hacia el bareback. A pesar de esto, el modelo estructural final explicó el 14.4% de la variación en la autoeficacia del uso del condón y el 20.0% de la variación en el comportamiento sexual de riesgo. Limitaciones: no se realizó piloto pre-test de la escala de conocimiento.(11)

4.2 Teorías y modelos que apoyan a las variables y características de las mismas

El comportamiento o conducta se define como la manera en que se comporta o actúa un individuo en la vida, es decir, el comportamiento es la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven. (12).

Un riesgo es una probabilidad de que algo desagradable suceda. Se relaciona comúnmente a una decisión que favorece a una exposición o a un tipo de peligro. (13).

Por lo tanto un comportamiento de riesgo son todas las acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede originar consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales, atribuibles a diferentes características propias como la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación

emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal.(14)

Tratándose del VIH/SIDA se dice que un comportamiento de riesgo son todas aquellas acciones que favorecen a que una persona contraiga la infección, entre los más frecuentes se encuentran: tener relaciones sexuales con múltiples parejas, se trate de parejas estables u ocasionales, no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de las relaciones sexuales con penetración, mantener relaciones sexuales con parejas usuarias de drogas inyectables, así como el uso de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales.(15)(16)(17)

Debido a que la transmisión del VIH/SIDA es por vía sexual en más del 90% de los casos Deniels clasifica los comportamientos de tipo sexual en bajo, medio y alto riesgo. Destacando como bajo riesgo la masturbación mutua y el uso de juguetes sexuales no compartidos, como riesgo medio el sexo oral, y en riesgo alto y muy alto el compartir juguetes sexuales, sexo vaginal (es más seguro si se usa condón) y sexo anal.(17)

Muchas teorías a nivel individual han desempeñado un papel destacado al tratar de explicar los determinantes que influyen en el comportamiento de riesgo para adquirir VIH/SIDA presentes en una variedad de grupos con diferentes niveles de riesgo (p. Ej., Hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes, trabajadoras sexuales, personas que viven con el VIH/SIDA, afroamericanos, etc.) para posteriormente realizar intervenciones conductuales para modificar dichos comportamientos e incidir en la prevención del VIH y la atención del SIDA, incluida especialmente la Teoría Cognitiva Social, las Teorías de la Acción Razonada y el Comportamiento Planificado, el Modelo Transteórico y el Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB).(4)

En todos los modelos anteriormente mencionados se hace referencia a algunos determinantes específicos que favorecen a la realización o no de comportamientos de riesgo para VIH/SIDA como lo es la información o conocimiento, la motivación o actitud, y las habilidades o autoeficacia para llevar a cabo tales comportamientos, para este caso aquéllos identificados como de riesgo.(4)

Para fines de esta investigación se utilizará el modelo “IMB” desarrollado por Fisher y Fisher, el cual incluye los determinantes de información, motivación y habilidades conductuales.(18)

4.3 Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB):

En 1992 Jeffrey D. Fisher y William A. Fisher en los Estados Unidos de América, encontraron una serie de características que parecían favorecer un verdadero cambio en el comportamiento de reducción de riesgos para adquirir VIH/SIDA, a partir de esos hallazgos diseñaron el modelo “IMB” con el objetivo de encontrar estrategias para disminuir la incidencia del VIH/SIDA.(5)

De acuerdo a este modelo, para evitar comportamientos de riesgo contra el VIH/SIDA hay tres determinantes fundamentales: La información, la motivación y las habilidades conductuales, en los cuales se puede intervenir para lograr un cambio de comportamiento a largo plazo, siendo este de tipo preventivo.(5)

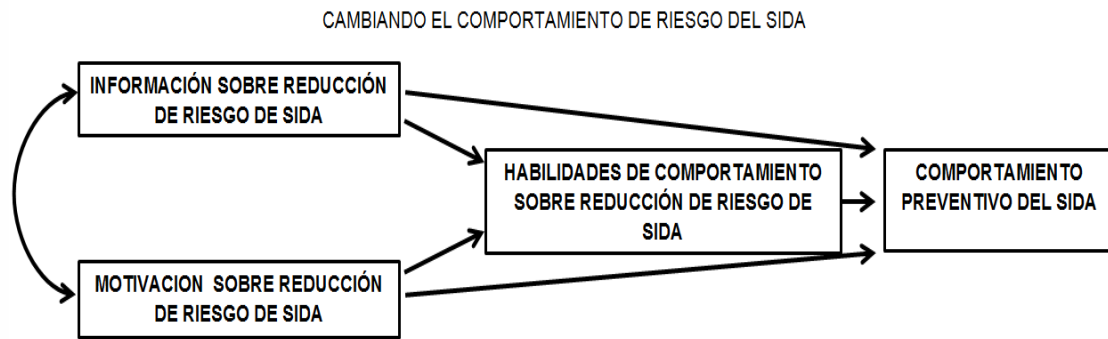


FIGURA 2. TRES DETERMINANTES FUNDAMENTALES DE LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE SIDA

La información se refiere al conocimiento básico en relación con la transmisión de SIDA y la prevención del SIDA. (5)(18)

La motivación se refiere a las actitudes personales hacia el comportamiento preventivo del SIDA y supuestos normativos pensados para tal comportamiento, varios factores afectan la motivación incluida las actitudes individuales hacia la prevención y las normas sociales pro y anti prevención. La construcción motivacional del modelo IMB

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

utilizo la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, en la cual se dice que un comportamiento personal está determinado por la intención de la persona para realizar el acto en cuestión. A su vez las intenciones de comportamiento se basan en dos hechos que afectan la motivación para actuar: la actitud de la persona hacia la realización del acto en cuestión y su norma subjetiva o percepción de lo que otros piensan que debe hacerse con respecto al comportamiento en cuestión. (19)(21)

Finalmente las habilidades de comportamiento consisten en habilidades objetivas para evitar actos de riesgo específicos contra el SIDA, de acuerdo a Bandura (1990), para no participar en actos de riesgo, no solo se debe tener los comportamientos necesarios en el repertorio (por ejemplo, poseer habilidades de negociación sexual más seguras y la capacidad de evitar beber o usar drogas antes de tener relaciones sexuales), sino también poseer la confianza en sí mismo en la capacidad de usarlas, un sentido de autoeficacia para practicar los comportamientos de los cuales uno es capaz.(5)(19)(22)

El modelo sostiene que el estar informado sobre los medios de transmisión del SIDA y sobre los métodos específicos para prevenir la infección son requisitos previos necesarios para el comportamiento de reducción de riesgos, siendo afectada la motivación si uno actúa en base a su conocimiento sobre transmisión y prevención de la enfermedad. (18)(5)

Hay que tener en cuenta que la información y la motivación se consideran construcciones generalmente independientes en este modelo ya que la información es una condición necesaria pero a menudo no suficiente para el cambio de comportamiento de riesgo de VIH/SIDA, por ejemplo las personas que están bien informadas sobre estos comportamientos no están necesariamente bien motivadas para practicarlos, y las personas que están bien motivadas no están necesariamente bien informadas sobre cómo hacerlo. Se cree que la información y la motivación influyen en el uso de las habilidades conductuales para reducir el riesgo de SIDA. (20)(5)

Por lo tanto para crear una intervención de reducción del riesgo de VIH/SIDA máximamente efectiva, antes de implementar la intervención en una población particular, debe realizarse primero una investigación inicial de obtención, para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

determinar aquellos comportamientos de riesgo específicos para VIH/SIDA presentes en la población de estudio, de acuerdo a su nivel de conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA, así como la motivación y las habilidades conductuales para evitar realizar dichos comportamientos.(5)(18)

En resumen la conceptualización del modelo específica una tecnología ampliamente aplicable para reducir el comportamiento de riesgo de sida en un proceso de implementación trifásico: Primero, para cada población de interés, es necesario realizar una investigación de obtención para determinar el nivel existente de conocimiento, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA. Segundo: sobre la base de estos datos específicos de la población es necesario crear intervenciones apropiadas para producir cambios en el conocimiento, motivación, habilidades de conductuales, y en consecuencia lograr un cambio en el comportamiento de riesgo. Finalmente, es necesario llevar a cabo una evaluación metodológica adecuada para determinar si la intervención ha producido cambios a corto y largo plazo en múltiples Indicadores de conocimiento, motivación y habilidades de comportamiento y evaluar en qué medida los cambios en cada uno han resultado en un cambio de comportamiento de reducción de riesgo a largo plazo.(5)(19)

4.3.1 Información sobre el VIH/SIDA y el comportamiento de riesgo:

El nivel de conocimiento o información sobre el VIH/SIDA es una de las constantes más investigada en la prevención de dicha enfermedad. Usualmente, el estudio del conocimiento se ha concentrado en aspectos específicos de la información sobre el VIH/SIDA como son: formas o ideas falsas sobre la transmisión, y prevención del VIH/SIDA. A través de esta evaluación se espera conseguir una valoración del nivel de conocimiento que tiene la población bajo estudio, así como identificar conceptos erróneos que puedan estar predisponiendo a comportamientos riesgosos, donde tener un déficit de información obstruye la conducta preventiva. Por lo tanto, la importancia de medir el nivel de conocimientos presente en la población radica en la posibilidad de disminuir el acogimiento de conductas de riesgo frente al VIH/SIDA a medida que sean mayores los conocimientos sobre este. Por lo tanto la información, es un elemento necesario, aunque no suficiente, para la adopción de conductas preventivas, donde la

toma de decisiones sexuales refleja cómo se utiliza el conocimiento para protegerte del VIH/SIDA.(23)(24)(19)

4.3.2 Motivación y comportamiento de riesgo para VIH/SIDA:

La motivación es el proceso que impulsa a una persona a actuar de una determinada manera o, por lo menos origina una propensión hacia un comportamiento ya sea de riesgo o preventivo. La motivación para evitar comportamientos de riesgo puede ser evaluada a través de las actitudes, que son la tendencia a actuar de un modo determinado, las creencias que son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un comportamiento en particular y la motivación social para participar o no en dichos comportamientos a través del apoyo social percibido que se refiere a la ayuda potencial con la que cuenta un sujeto a través de su pareja y/o su familia, en primer lugar y en segundo término, de sus amigos, la comunidad y otros grupos a los que el sujeto se encuentra cercano. La motivación puede tener un efecto directo sobre el comportamiento, como cuando una persona motivada mantiene un patrón de conducta de bajo riesgo (abstinencia sexual, monogamia, uso constante de condones, etc.). En contra parte si no hay una actitud preventiva, existen creencias erróneas y no se cuenta con apoyo social la motivación se puede afectar favoreciendo a la aparición de comportamientos de riesgo. (19)(25)(26)

Para fines de esta investigación se midieron las actitudes hacia la masturbación y las actitudes hacia el uso del condón masculino siendo considerados ambos como un comportamiento de bajo riesgo para VIH/SIDA (17). El apoyo social para la masturbación y el uso del condón medirán apoyo social recibido para realizar comportamientos de bajo riesgo, el cual se ha visto que si es brindado de manera adecuada, es un recurso que favorece la motivación para llevarlos a cabo (19) y finalmente las creencias sobre la sexualidad masculina y femenina medirán si los sujetos poseen información errónea sobre un comportamiento en particular que pueda favorecer a la aparición de comportamientos de riesgo.

4.3.3 Habilidades conductuales y comportamiento de riesgo para VIH/SIDA:

Las habilidades conductuales se componen de la capacidad objetiva de un individuo y su autoeficacia percibida con respecto a realizar o no comportamientos de riesgo, en el caso del VIH/SIDA las habilidades conductuales involucradas en comportamientos de riesgo puede incluir pocas o nulas habilidades objetivas y percibidas en el desarrollo de las relaciones sexuales, como lo es comprar y ponerse condones de manera efectiva; la capacidad de reforzarse a sí mismo y a la pareja para mantener patrones de comportamientos preventivos a lo largo del tiempo, así como la falta de negociación sexual: negociar el uso constante del condón antes o durante el contacto sexual; negociar la realización de pruebas de VIH y monogamia, entre muchos otros comportamientos similares. Se dice que si el individuo está bien informado y motivado tendrá mejores habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA.(19)(27)

4.4 Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud

El proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) es un paso necesario e indispensable para poder llevar a cabo una investigación que utiliza cuestionarios desarrollados en otros países y/o que se encuentran en idiomas diferentes al de destino, por lo que además de traducirlos, es necesaria su adaptación cultural y validación. Se sugiere para el desarrollo de TACV 2 etapas: a) adaptación cultural (tener en cuenta el idioma destino, el entorno cultural, y la disparidad en la apreciación de la salud y la enfermedad de las poblaciones), y b) la validación en el idioma final, para determinar el grado de conservación de las propiedades psicométricas.(28)(29)(30)

Primera etapa: Traducción y adaptación cultural

En esta fase inicial se realiza la traducción del instrumento partiendo de su versión original tratando de mantener la estructura del cuestionario. El propósito es conseguir que la herramienta obtenida mantenga la semejanza semántica, idiomática, conceptual y experiencial con el cuestionario primario, recomendándose una secuencia de 4 pasos: 1.-Traducción directa, 2.-Síntesis de traducciones, 3.-Traducción inversa (retro

traducción) y 4.-Consolidación por un grupo de expertos (con el propósito de obtener a un único instrumento consolidado pre-final acondicionado al idioma de destino).(28)(29)(31)(32)

Luego de esto, se realizará un informe donde se establecerán los posibles obstáculos en la comprensión de las instrucciones del cuestionario, los reactivos y las alternativas de respuesta. Se sugiere el análisis de cualquier pregunta del cuestionario si más del 15% de los participantes encuentran dificultades en ella.(28)(29)

Segunda etapa: validación del instrumento en el idioma deseado.

La adecuada traducción y adaptación cultural de un instrumento no siempre asegura la conservación de sus propiedades psicométricas, por lo que es necesaria su validación en el idioma final.(29)(33)

Para que un instrumento se aprecie como válido, debe de cumplir las siguientes características: a) ser fiable y capaz de medir sin error; b) ser capaz de revelar y medir cambios, tanto entre los sujetos de estudio como en la respuesta de un mismo sujeto a través del tiempo; c) ser simple, factible y aprobado por pacientes, usuarios e investigadores; d) ser conveniente para medir el fenómeno que se pretende medir, y e) evidenciar la teoría subyacente en el fenómeno o concepto que se quiere medir. (33)

Todas estas cualidades están vinculadas con dos propiedades de los instrumentos: la validez y la fiabilidad. Por lo que se sugiere la validación del instrumento con la siguiente secuencia (34)(35):

1. Validez: es la idoneidad del instrumento para medir aquel constructo para el que ha sido creado. Puede valorarse para todas o sólo para alguna de sus 4 dimensiones: validez aparente o lógica, de contenido, de criterio y de constructo.(28)(35)

Validez de contenido: los constructos suelen estar formados por varias dimensiones. La validez de contenido es el grado que tiene el instrumento para medir la mayor parte de las dimensiones del constructo. Un instrumento con alta validez de contenido es aquel que mide todas las dimensiones asociadas con el constructo que se desea estudiar. Su evaluación es un proceso serio que siempre se debe llevar a cabo en la realización del TACV y consiste en evaluar si los ítems del instrumento son una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muestra adecuada de aquello que se desea medir. Se habla de una revisión empírica, fundamentada en juicios de diferente fuente, como son los criterios de los autores del instrumento, el producto de estudios piloto, las deducciones realizados por el comité de expertos en el desarrollo de un TACV y el estudio cualitativo de la interpretación realizada por los participantes durante el curso del pre-test.(28)(33)(35)

Validez aparente o lógica: se trata del grado en que un instrumento, a juicio de los expertos y de los participantes, mide de forma sensata lo que quiere medir. Cuando no hay adecuada validez aparente o lógica, los participantes sujetos a estudio pueden no observar la relación entre las preguntas que se les realizan y el objeto para el cual han aceptado participar. Este suceso puede ocasionar el rechazo de los participantes.(33)

Validez de constructo: se trata del grado en que las mediciones que se obtienen de las respuestas del instrumento pueden estimar una medición del fenómeno estudiado. Su estimación consiste en contrastar las hipótesis que se han creado sobre la conducta de las puntuaciones de un instrumento en circunstancias distintas. Existen varios procedimientos para su evaluación, que deben llevarse a cabo cuando el fenómeno a medir es abstracto o no es posible confrontar con un GE. (28)(30)(32)

Validez de criterio: Constituye la validez de un instrumento cotejándolo con algún criterio externo o test de referencia (“gold standard”, GS) el cual debe ser considerablemente aceptado como medida válida. Tiene dos dimensiones: 1) la validez concurrente o nivel en que el resultado del instrumento coincide con algún GS, y 2) la validez predictiva o nivel en que es capaz de predecir un resultado definido.(33)(35)

1) La validez concurrente radica en investigar la fuerza de la correlación real entre el resultado del instrumento y el del GS y se puede medir a través del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, el cual puede ser de -1 a +1, en donde la correlación máxima positiva o negativa es 1, y un valor = 0 nos indicaría una correlación nula entre ambas variables. Cuando la escala a evaluar es dicotómica y la otra es continua se pueden utilizar el coeficiente de punto biseral, y cuando se tienen escalas ordinales pueden usarse el coeficiente de rangos de Spearman, el cual tiene los valores -1: correlación negativa, grande y perfecta, 0.9 a -0.99: correlación negativa

muy alta. -0.7 a -0.89: correlación negativa alta, -0.4 a -0.69: correlación negativa moderada, -0.2 a -0.39: correlación negativa baja, -0.01 a -0.19: Correlación negativa muy baja y 0: correlación nula. Los valores positivos va con los mismos rangos pero la correlación es positiva.(28)(33)

2) La validez predictiva: En esta se mide la correlación de los resultados del test con una medida posterior de la variable. Nos permite predecir o pronosticar el comportamiento de la variable criterio. La correlación se puede realizar a partir del coeficiente de Pearson entre los resultados, y después se realiza el modelo de regresión lineal para el pronóstico. El análisis de la regresión nos habla de la presencia de una referencia teórica entre ambas variables, y a partir de la recta de regresión, podremos realizar un pronóstico del valor de criterio a partir del test.(28)(33)

2. Fiabilidad: Se trata del grado en que un instrumento es apto para medir sin errores. Mide la relación de la variación en las mediciones debidas a la diversidad de valores que adquiere la variable y no al probable error sistemático o aleatorio. La fiabilidad decreta la proporción de la variancia total asignada a disparidades verdaderas entre los sujetos. De acuerdo a las características del instrumento, su fiabilidad puede medirse para todas o solo alguna de sus 3 dimensiones: 1) consistencia interna; 2) fiabilidad intra-observador o fiabilidad test-retest, y 3) fiabilidad inter-observador.(33)(35)

Consistencia interna: Se trata del grado de correspondencia y coherencia de los ítems (se mide si los ítems que evalúan un mismo constructo muestran homogeneidad entre ellos). Si la escala de un instrumento es consistente, se asegura que todos los ítems evalúan un solo constructo y, por lo común, se garantiza la presencia de un vínculo lineal entre la suma de las calificaciones de los ítems y el constructo medido.(35) Un constructo es una propiedad latente o invisible de un sujeto o de un grupo de sujetos que no se puede examinar y evaluar abiertamente con un instrumento de medición, ya que esta propiedad se encuentra dentro de una teoría. La evaluación de los constructos se lleva a cabo comúnmente por medio de cuestionarios donde se conjetura que cada ítem está asociado con la cualidad intangible de interés. Para cada ítem se pide una contestación a la que se le concede una puntuación. La suma de las puntuaciones determina la escala del instrumento. (28)

El coeficiente alfa de Cronbach hace posible cuantificar el grado de fiabilidad de una escala si se satisfacen 2 requisitos: a) debe estar organizada por un grupo de ítems, cuyos valores se suman para obtener una puntuación global, y b) las puntuaciones de todos los ítems deben medir hacia el mismo rumbo, es por tanto la media ponderada de las conexiones entre los ítems que conforman una parte en una escala. (28)(36)

Si el instrumento está conformado por un conjunto de subescalas, debe evaluarse en cada ítem el coeficiente alfa de Cronbach con respecto de la calificación global (correlación ítem-total) y para los ítems de cada subescala respecto a la estimación de la misma (correlación ítem-subescala).(30)(36)

El coeficiente alfa de Cronbach no está asociado a ningún valor de p que admita negar o no la hipótesis de fiabilidad de la escala. Puede adquirir valores entre 0 y 1. Se estima que valores alfa mayores a 0.70 son idóneos para asegurar la consistencia interna de la escala.(28)(30)(36)

Fiabilidad intra-observador o fiabilidad test-retest. Esta parte se refiere a la reproducibilidad del instrumento, cuando se acepte a través del mismo método a la misma población en 2 ocasiones distintas. Si la escala es cuantitativa, su valoración se lleva a cabo a través del cálculo del coeficiente de correlación interclase (CCI), y si es cualitativa a través del cálculo del índice Kappa de Cohen.(33)(35)

Fiabilidad inter-observador. Se trata del grado de alianza que existe entre 2 o más medidores que evalúan a los mismos sujetos con el mismo instrumento. Si es necesaria su evaluación, esta se realizará a través del cálculo del coeficiente de correlación interclase (CCI) si la escala es cuantitativa, y el índice Kappa de Cohen si es cualitativa.(35)

4.5 Marco conceptual

VIH: Se llama VIH al virus de la inmunodeficiencia humana, el cual infecta las células de sistema inmune, logrando una función deficiente con deterioro progresivo del mismo. (37)

SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (37)

Comportamiento de riesgo: Son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede originar consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales, atribuibles a diferentes características propias como la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal. (14)

Información: Se refiere al conocimiento básico en relación con la transmisión y la prevención del VIH/SIDA, así como la toma de decisiones sexuales.(5)

Motivación: Se refiere a las actitudes personales para evitar el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA y supuestos normativos (creencias y apoyo social) pensados para evitar tales comportamientos.(5)

Habilidades del comportamiento: Habilidades objetivas para evitar actos de riesgo específicos (relaciones sexuales) contra el SIDA y la autoeficacia (negociación sexual) para representar tales comportamientos.(5)

5. JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA representa un problema de salud pública a nivel mundial, de acuerdo a las estadísticas mundiales de ONUSIDA para finales del 2019 se tenían identificadas 38 millones de personas que vivían con VIH en todo el mundo, así como 1.7 millones de casos nuevos durante ese año (38), aunque los casos nuevos han disminuidos considerablemente desde el pico alcanzado en 1997 hasta en un 40%, aún sigue representado un grave problema de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo. (39)

En América Latina se habla de 2.1 millones de personas que viven con VIH, con un promedio de 120,000 mil casos nuevos por año (40), en México de acuerdo al registro nacional de casos de SIDA (Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México) en su última actualización al cierre del 2019 se tienen registrados un total de 92,069 casos de VIH y 87,571 casos de SIDA en todo el país, durante el 2019 se diagnosticaron 9,828 casos nuevos de VIH y 5,825 de SIDA, siendo los estados más afectados Campeche, Quintana Roo y Yucatán. (41)

En lo que respecta a Aguascalientes se tienen registrados al cierre de 2019 un total de 1,189 casos de SIDA (1,003 hombres y 186 mujeres), así como 567 casos notificados como seropositivos a VIH (445 hombres y 122 mujeres), como se puede observar el 84 % de los pacientes portadores de VIH/SIDA son hombres, con edades comprendidas mayoritariamente entre los 25 y 39 años de edad, donde el contagio por vía sexual representa el 94.9 % de todos los casos.(2)

El VIH se perpetúa principalmente a través de la transmisión sexual hasta en un 95.2% de los casos, con una tasa de mortalidad de 3.82 por cada 100 mil habitantes, afectando principalmente a la población de entre 25 a 34 años de edad, siendo el género masculino el más afectado (2). La tasa de mortalidad disminuyó en los últimos años asociado al acceso universal al tratamiento antirretroviral altamente activo y a la estrategia "Diagnosticar y Tratar" por lo que al día de hoy hay cerca de 98,000 personas recibiendo tratamiento antirretroviral, lo cual genera un costo promedio anual de \$37,000 pesos por tratamiento, originando altos costos al sector salud. ONUSIDA

estima que se necesitarán 26,200 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida en 2021 en los países de ingresos bajos y medios.(42)

Reducir el número de personas que contraen la infección por VIH, poniendo fin a la pandemia del VIH/SIDA y lograr que el 90% de la población este facultada con las habilidades, el conocimiento y la capacidad de protegerse del VIH/SIDA, es uno de los objetivos de ONUSIDA para el 2030. Para lograr estos objetivos se requiere mejorar las conductas preventivas. (43)

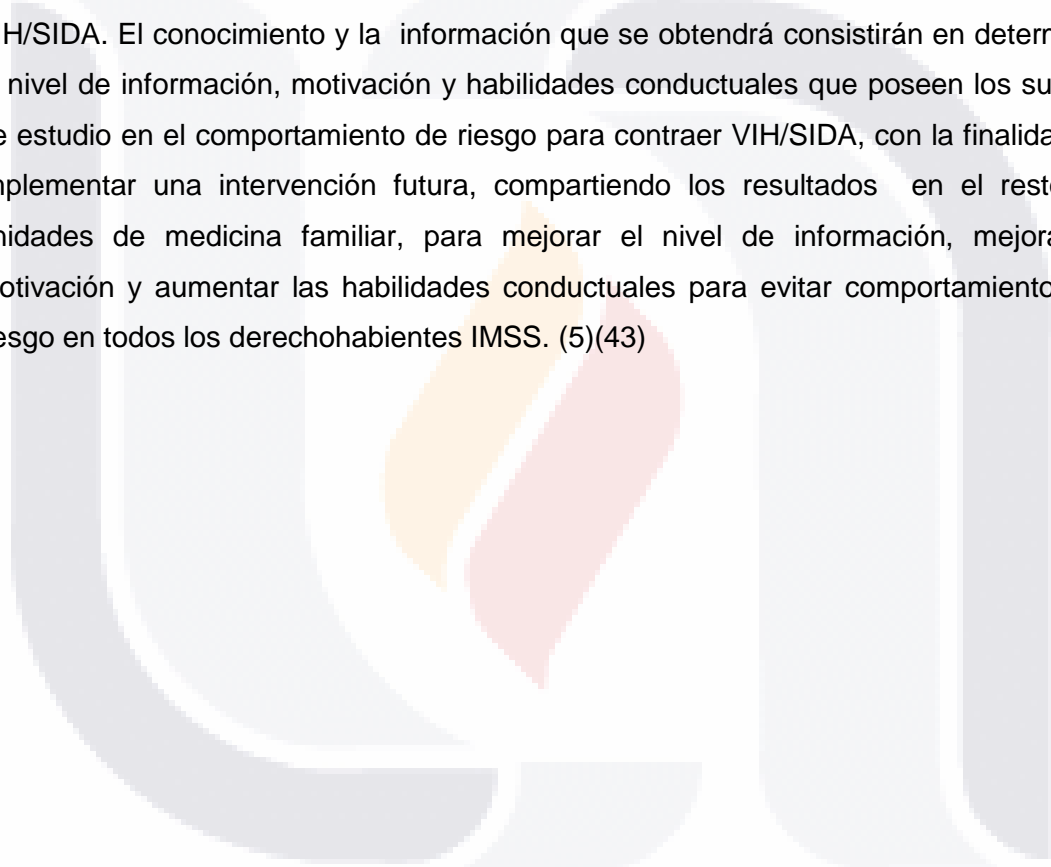
El modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento se ha utilizado como herramienta para crear intervenciones para reducir el comportamiento de riesgo de VIH/SIDA, con una fase inicial la cual consiste en que a la población de interés, se le realice primero una investigación para determinar el nivel existente de conocimiento, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, donde la información mide el conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA así como la toma de decisiones sexuales, la motivación medida por la actitud de la persona hacia la realización de un comportamiento preventivo y su percepción de lo que otros piensan que debe hacerse (creencias y apoyo social) con respecto al comportamiento en cuestión, y finalmente las habilidades objetivas para realizar actos preventivos y evitar comportamientos de riesgo específicos contra el VIH/SIDA (relaciones sexuales), y la autoeficacia para representar tales comportamientos (negociación sexual), los cuales se relacionan con la práctica del sexo seguro y la capacidad de evitar beber o usar drogas antes de tener relaciones sexuales.(18)

Por lo anterior, en el presente estudio se pretende conocer este panorama inicial, para identificar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales que poseen los sujetos de estudio en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, y en un futuro implementar la fase 2 del modelo, creando una intervención efectiva que mejore la información, la motivación y las habilidades conductuales para reducir los comportamientos de riesgo y por ende el número de contagios por VIH en los derechohabientes del IMSS inscritos a la UMF#1 Aguascalientes.(5)

La investigación propuesta es viable ya que va de acorde con las políticas del Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que favorece a la prevención del VIH/SIDA en nuestra

población de estudio, ayudando a identificar comportamientos de riesgo y crear futuras intervenciones que podrán ser realizadas por personal de salud debidamente capacitado, dentro de las unidades de medicina familiar, sin que genere altos costos y con recursos materiales de uso común.(44)

La investigación se relaciona con las prioridades de nuestra región, al representar uno de los objetivos de ONUSIDA para el 2030 el cual consiste en reducir el número de personas que contraen la infección por VIH, y lograr que el 90% de la población este facultada con las habilidades, el conocimiento y la capacidad de protegerse del VIH/SIDA. El conocimiento y la información que se obtendrá consistirán en determinar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales que poseen los sujetos de estudio en el comportamiento de riesgo para contraer VIH/SIDA, con la finalidad de implementar una intervención futura, compartiendo los resultados en el resto de unidades de medicina familiar, para mejorar el nivel de información, mejorar la motivación y aumentar las habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo en todos los derechohabientes IMSS. (5)(43)



6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es prioritario contar con estrategias preventivas contra en VIH/SIDA dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social ya que la población total de derechohabientes IMSS en Aguascalientes es de 1, 109,781 personas (77.8 % de la población total) representado a casi el 80% de la población del estado, donde la UMF # 1 cuenta con una población total adscrita de 129,222 derechohabientes registrados hasta junio de 2019. (45)

Como se mencionó anteriormente Aguascalientes reporto hasta finales de 2019 un total de 1,189 casos de SIDA (1,003 hombres y 186 mujeres) y 567 casos de VIH (445 hombres y 122 mujeres) en el estado, siendo el 84 % de los pacientes hombres, se observó también que la infección prevalece entre las edades de 25 a 39 años de edad para ambos sexos, seguido del grupo de 40-49 y en tercer lugar el grupo de 20-25, lo cual nos habla que este padecimiento se presenta mayormente durante la etapa productiva del individuo (2).

Entre las múltiples estrategias para disminuir la prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial, se ha observado que lograr cambios en el comportamiento de riesgo es un buen método de prevención, lo cual se logra identificando primero que influyo para realizar dichos comportamientos como lo es el nivel de información sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA, la motivación y las habilidades conductuales para realizar dichos comportamientos, y posteriormente modificar estos 3 aspectos aumentado sus niveles por medio de intervenciones dirigidas a lograr cambios en el comportamiento a largo plazo. (4)(46)

Por otra parte se ha visto que el abordar por separado cada uno de estos factores no ha demostrado ser eficaz, por ejemplo un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA no es suficiente para evitar comportamientos de riesgo (5)(47), así como el estar altamente motivado pero no informado tampoco produce cambios significativos.(18)

En diversas poblaciones estudiadas bajo el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento de Fisher y Fisher, el cual integra todos estos factores, se han observado que a mayor información, se mejora la motivación, por lo que un

individuo bien informado y altamente motivado tiene mejores habilidades para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA. (6)(7)(9).

Cabe resaltar que en los antecedentes revisados el 50 % de la bibliografía es de origen estadounidense tratándose de un país desarrollado, en donde los resultados encontrados fueron los mismos (a mayor información mayor motivación y mejores habilidades para evitar comportamientos de riesgo), pero se observó discrepancia en estudios realizados en países en vías de desarrollo como lo es India donde el estar bien informado no mejoró la motivación ni las habilidades para evitar comportamientos de riesgo. (6)(7)(8)(11).

También se encontró que algunos autores solo miden una parte del modelo, como lo es el constructo de motivación o información, no evaluando el modelo en su totalidad, además de que utilizan instrumentos de los cuales no se menciona su validez y confiabilidad, lo cual convierte sus resultados en poco confiables. (8)(10)(11)(48).

Solo se identificaron 2 estudios con instrumentos válidos y confiables, el primero en inglés, el cual fue creado por los fundadores del modelo (Fisher y Fisher) y el segundo creado en 2004 en Puerto Rico cuya versión se encuentra en español y fue creado para población hispana. (6)(9)

En México no se cuenta con estudios previos realizados en base a este modelo, y al ser un país en vías de desarrollo el nivel educativo es menor comparado con la población de Estados Unidos que es donde se han llevado a cabo la mayoría de las investigaciones por lo que se propone para fines de esta investigación determinar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes?

7. OBJETIVOS

Objetivo General.

-Determinar el nivel de Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscrita a la Unidad de Medicina Familiar # 1, delegación Aguascalientes.

Objetivos específicos:

1.- Adaptación cultural y validación del Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E) en los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes.

2.- Describir las características sociodemográficas de los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes.

3.- Determinar el nivel de información que poseen los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes sobre el VIH/SIDA.

4.-Determinar el nivel de motivación para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA existente en los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes.

5.-Determinar las habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA en los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Diseño de estudio: Estudio transversal descriptivo.

8.2 Universo de trabajo: Hombres y mujeres en edad productiva (18 a 64 años) adscritos en la unidad de medicina familiar #1 IMSS delegación Aguascalientes.

8.2.1 Población de estudio: Todos los hombres y mujeres en edad productiva (18 a 64 años) que asistieron a la consulta externa de medicina familiar #1 IMSS delegación Aguascalientes.

8.2.2 Unidad de análisis: Hombre y mujer en edad productiva (18 a 64 años), adscritos a la unidad de medicina familiar #1 IMSS delegación Aguascalientes.

8.3 Criterios de selección:

8.3.1 Criterios de inclusión:

- 1.- Hombres y mujeres en edad productiva que aceptaron ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- 2.- Hombres y mujeres de 18 a 64 años de edad
- 3.- Hombres y mujeres que saben leer y escribir.

8.3.2 Criterios de exclusión:

- 1.- Hombres y mujeres en edad productiva que pertenecieran a otra unidad de Medicina familiar.
- 2.- Hombres y mujeres en edad productiva con limitación en sus capacidades mentales para responder una encuesta.
- 3.- Hombres y mujeres en edad productiva no derechohabientes del IMSS.
- 4.- Hombres y mujeres en edad productiva VIH positivos.

8.3.3 Criterios de eliminación:

- 1.- Hombres y mujeres en edad productiva que no contestaron más del 80% del instrumento aplicado.
- 2.- Hombres y mujeres en edad productiva que decidieron abandonar el estudio.

8.4 Muestreo

8.4.1 Tipo de muestreo: Aleatorio simple.

8.4.2 Tamaño de la muestra:

Valores:

Índice de error = 5%, e= 0.05, confiabilidad = 95%, z =1.96, p= 0.5, q =0.5

N= 74,184 (Total de hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la unidad de medicina familiar # 1)

Formulas:

$$\frac{n_0 = z^2 \times pq}{e^2}$$

$$\frac{n_1 = n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$\frac{n_0 = (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$\frac{n_1 = 384.16}{1 + \frac{(384.16 - 1)}{74,184}} = 382$$

El tamaño de la muestra a encuestar fue de 382 hombres y mujeres en edad productiva.

8.5 Definición operacional de variables

La operacionalización de las variables, con la descripción operacional se encuentra en el anexo 3.

8.5.1 Variables sociodemográficas:

-Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista.

-Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.

-Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con el matrimonio.

-Relación de pareja: vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.

-Relaciones sexuales: conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.

-Escolaridad: Ultimo grado escolar aprobado dentro del sistema educativo nacional.

-Drogadicción: consumo recurrente, abusivo y autodestructivo de sustancias de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno, con graves consecuencias para la salud.

-Alcoholismo: adicción que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física y psicológica.

-Prueba de detección VIH: Prueba que detecta los anticuerpos contra el VIH en la sangre o en otro tipo de muestra.

8.5.2 variables del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales para el comportamiento de riesgo aplicado a VIH/SIDA:

- Información:

-Transmisión y prevención del VIH/SIDA.

-Toma de decisiones sexuales.

- Motivación:

-Actitudes hacia la masturbación

-Actitudes hacia el uso del condón masculino

-Apoyo para la masturbación mutua

-Apoyo para el uso del condón masculino

-Creencias sobre la sexualidad masculina

-Creencias sobre la sexualidad femenina

-Habilidades:

-Relaciones Sexuales

-Autoeficacia para la negociación sexual

-Reclutamiento y retención:

8.6 Plan de procesamiento y análisis de datos

8.6.1 Logística:

Para realizar el trabajo de campo de esta investigación, una vez que se contó con registro en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud, se informó a los directivos de la UMF # 1 del proyecto de investigación, solicitándoles de manera atenta el permiso para llevar a cabo la adaptación cultural, validación del instrumento y aplicación del mismo dirigido a hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la UMF #1, delegación Aguascalientes, una vez obtenido el permiso se realizó primero a la adaptación cultural y validación del instrumento.

8.6.2 Descripción del instrumento de investigación “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)”

La herramienta en español para evaluar el modelo de Información-Motivación-habilidades del comportamiento de Fisher y Fisher llamada “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)” (49) es el primero en ser creado para evaluar a la comunidad caribeña de habla hispana y las comunidades de minorías étnicas latinas en los Estados Unidos, fue creado en 2004 en Puerto Rico y se ha utilizado con éxito en varias investigaciones. (50)(51)

El instrumento incluye aspectos sociodemográficos donde se recopilan datos básicos tales como: edad, género, estado civil, escolaridad religión, uso de drogas y alcohol y realización de la prueba de anticuerpos para el VIH.

Luego continúan los tres componentes del modelo:

- a) Información-sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA,
- b) Motivación-para realizar prácticas de sexo más seguro, y así evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA.
- c) Habilidades—refiriéndose a las destrezas y conductas necesarias para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA.

Estos 3 componentes incluyen 9 dimensiones a evaluar:

Información:

1. Conocimiento sobre VIH con 15 preguntas en escala Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, definitivamente cierto, a 5, definitivamente falso (rango total = 15-75), puntajes más altos indican una posesión de información más precisa sobre la transmisión y prevención del VIH / SIDA. Donde puntuaciones de 15-45 indican un nivel deficiente de conocimiento y puntuaciones de 46-75 indican un nivel suficiente de conocimiento.
2. Toma de decisiones sexuales con 6 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, definitivamente cierto, a 5, definitivamente falso (rango total = 6-30). Los puntajes más altos indicaron una aplicación más saludable del conocimiento sobre el VIH / SIDA. Donde puntuaciones de 6-18 indican un nivel inadecuado para la toma de decisiones y puntuaciones de 19-30 indican un nivel adecuado para la toma de decisiones.

La calificación del componente de información se obtiene al tener un nivel suficiente de conocimiento más un nivel adecuado para la toma de decisiones.

Motivación:

3. Actitudes hacia la masturbación con 21 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, Totalmente de acuerdo, a 5, Totalmente en desacuerdo (rango total = 21-105). Donde puntuaciones de 21-63 indican un nivel bajo de actitudes hacia la masturbación y puntuaciones de 64-105 indican un nivel alto de actitudes hacia la masturbación, puntajes más altos indican un comportamiento de bajo riesgo para adquirir VIH/SIDA.
4. Actitudes hacia el uso del condón masculino con 16 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, Totalmente de acuerdo, a 5, Totalmente en desacuerdo (rango total = 21-105), donde puntuaciones de 21-63 indican un nivel de actitudes bajo hacia el uso del condón y puntuaciones de 64-105 indican un nivel alto de actitudes hacia el uso del condón, puntajes más altos indican un comportamiento de bajo riesgo para adquirir VIH/SIDA.
5. Apoyo social para la masturbación mutua y para el uso del condón masculino con 20 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, nunca, a 5, siempre (rango total = 20-100), donde puntuaciones de 20-60 indican un bajo nivel de acceso al apoyo social y puntuaciones de 61-100 indican un alto nivel de acceso al apoyo social para la aplicación de estrategias

preventivas, puntajes más altos indican mayores estrategias preventivas para evitar comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Así como 6 preguntas en escala tipo Likert sobre la satisfacción del apoyo recibido, con puntuaciones de 1, no aplica, a 5, totalmente satisfecho/a, (rango total = 6-30), donde puntuaciones de 6-18 indican un nivel bajo de satisfacción y puntuaciones de 19-30 indican un nivel mayor de satisfacción.

6. Creencias sobre la sexualidad masculina con 14 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, Totalmente de acuerdo, a 5, Totalmente en desacuerdo (rango total = 14-70), donde puntuaciones de 14-42 indican un bajo nivel de creencias correctas y puntuaciones de 43-70 indican un alto nivel de creencias correctas acerca de la sexualidad masculina, puntajes más altos indican creencias correctas para evitar comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA.
7. Creencias sobre la sexualidad femenina con 10 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntúan en una escala de 1, Totalmente de acuerdo, a 5, Totalmente en desacuerdo (rango total = 10-50), donde puntuaciones de 10-30 indican un bajo nivel de creencias correctas y puntuaciones de 31-50 indican un alto nivel de creencias correctas acerca de la sexualidad femenina, puntajes más altos indican creencias correctas para evitar comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA.

La calificación del componente Motivación se obtiene al tener un nivel alto de actitudes hacia la masturbación, más un nivel alto en actitudes hacia el uso del condón, más un nivel de creencias correctas acerca de la sexualidad masculina, y más un nivel de creencias correctas sobre la sexualidad femenina.

Conductas:

8. Relaciones Sexuales con 21 preguntas de selección múltiple. Diez reactivos hacen referencia a la actividad sexual con la pareja principal y otros 11 a la actividad con otras personas, con opciones que van desde 1=Nunca hasta 5=Todos los días (rango total = 21-105), donde puntuaciones de 21-63 indican un alto nivel para llevar a cabo relaciones sexuales de bajo riesgo y puntuaciones de 64-105 indican un alto nivel para llevar a cabo relaciones

sexuales de alto riesgo, puntajes más altos indican comportamientos más riesgosos para adquirir VIH/SIDA.

9. Autoeficacia para la negociación sexual con 8 preguntas en escala tipo Likert, con opciones que van desde 5=Definitivamente puedo hasta 1=Definitivamente no puedo (rango total= 8-40), donde puntuaciones de 8-24 indican un nivel bajo de autoeficacia para la negociación sexual y puntuaciones de 25-40 indican un nivel alto de autoeficacia para la negociación sexual, puntajes más altos indican mayor autoeficacia para la negociación sexual evitando comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA.

La calificación del componente habilidades conductuales se obtiene al tener un alto nivel para llevar a cabo relaciones sexuales de bajo riesgo más un nivel alto de autoeficacia para la negociación sexual

Contiene además una sección final sobre reclutamiento y retención para participar en una intervención futura con 13 preguntas de selección múltiple y 3 preguntas abiertas, sin ningún valor estadístico, ya que únicamente orientaran sobre la aceptación y factibilidad de participar o no en una intervención futura.

El instrumento contiene en total 132 reactivos en escala tipo Likert de 5 categorías (definitivamente cierto, probablemente cierto, no sé, probablemente falso y definitivamente falso), 43 preguntas de selección múltiple y 3 preguntas abiertas, con una duración aproximada de aplicación de 30 a 40 minutos y es auto-administrado. Cumple con criterios de confiabilidad con Alpha de Cronbach entre .62 y .94 así como con criterios de validez aparente, de contenido (evaluado por 8 médicos especialistas) y de constructo a través del modelo de ecuaciones estructurales (Se determinaron los intervalos de confianza para el índice de error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el índice de ajuste comparativo (CFI): $ML\ c^2 (18, N = 291) = 15.86, p = .60$, $RMSEA = .000$, intervalos de confianza (IC) del 90% para $RMSEA = (.000; .048)$, $CFI = 1.00$. Donde la información predice significativamente la motivación (población estudio = .52, $p < .05$), que predice significativamente las Habilidades de comportamiento lo cual indica menores comportamientos de riesgo (población estudio = .60, $p < .05$) (49), los cuales fueron realizados en el país de origen del instrumento.

8.6.3 Adaptación cultural y validación del instrumento

Se llevó a cabo en 2 etapas:

Primera etapa: traducción y adaptación cultural, en esta etapa como se trataba de un instrumento cuya versión original está en español únicamente se trasladó a vocabulario coloquial por parte de un especialista en lingüística, buscando sinónimos de aquellas palabras que no pertenecían a nuestro vocabulario común procurando mantener la estructura del cuestionario, determinándose si se había dado lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el cuestionario original y la versión de síntesis obtenida en este paso. Todo lo anterior se recopiló en un informe. Posteriormente se procedió a la consolidación por un comité de expertos es cual fue multidisciplinar, con un experto en metodología, un lingüista y 2 médicos familiares, a los cuales se les hizo llegar por correo electrónico los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización y el instrumento tanto original como el adaptado a lenguaje coloquial, y se les solicitó que revisaran cada ítem del cuestionario, con el objetivo de llegar a un único cuestionario consolidado pre-final adaptado a nuestro idioma destino. Se identificaron y discutieron las discrepancias encontradas, se verificó que la versión pre-final fuera totalmente comprensible y equivalente al cuestionario original, se aseguró que el cuestionario pre-final resultara comprensible para una persona escolarizada con conocimientos equivalentes a un individuo de 12 años de edad. En el caso de que surgiera incertidumbre se recurriría, de ser posible, con alguno de los autores del cuestionario para solicitar su participación. Y finalmente se elaboró un informe que sintetizó las decisiones del comité, incluyendo la versión consolidada. (28)

Segunda etapa: validación del cuestionario en nuestro idioma. Se realizó la validación del cuestionario con la siguiente secuencia:

1. Validez:

1.1 Validez de contenido: Se realizó mediante un grupo de 5 expertos, dos expertos en metodología de la investigación, un infectólogo y 2 médicos familiares expertos en el tema y su contexto para darle diversidad al grupo, se eligieron expertos que fueron reconocidos por otros como expertos cualificados en éste. A los cuales se les hizo llegar por correo electrónico los objetivos del estudio, el marco teórico, la

operacionalización y el instrumento adaptado a lenguaje coloquial, y se les solicito que revisaran cada ítem del cuestionario, todo se realizó mediante la técnica Delphi.(52) Utilizando el juicio de expertos, estos establecieron la congruencia entre los ítems de acuerdo a la operacionalización de conceptos. Se les proporciono una planilla a los expertos, donde se calificó: pertinente, útil pero no pertinente, no pertinente (planilla anexo 5). Después de que los expertos llenaron la planilla, se evaluó el nivel de concordancia entre los expertos. Posteriormente se valoró la concordancia aplicando el Índice de validez de contenido de Lawshe. (33)(53)

1.2 Validez aparente o lógica: Se realizó mediante un grupo focal de 30 participantes, seleccionados por conveniencia con los mismos criterios de inclusión y exclusión utilizados para esta investigación, con el objetivo de identificar palabras que no quedaron claras, la estructura de la redacción y dar claridad a los ítems, la duración fue de 1 hora y se llevó a cabo en el auditorio de la unidad de medicina familiar #8, al inicio se les explico a los participantes el propósito del grupo focal, el moderador fue la residente de 3er años, ya que dominaba el tema y tenía amplio conocimiento sobre el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA y conocía además los fines del instrumento "Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)". Para el desarrollo del grupo focal se realizaron preguntas concretas sobre la comprensión de cada ítem, con toma de notas de los diferentes puntos de vista, se grabó audio para no perder detalles de los comentarios, y al término del grupo se hizo una retroalimentación, posteriormente se analizó toda la información recabada mediante el análisis de las palabras que no fueron claras y se verifico que la plausibilidad del instrumento se mantuviera, llevándose a cabo las modificaciones necesarias. (33)(54)

1.3 Validez de constructo: La validez de constructo se midió mediante el análisis factorial con el fin de determinar el número de dimensiones o factores que media el test, explicar una determinada cantidad de varianza total de los ítems de cada factor o dimensión extraído, indicar la importancia de esa dimensión para dar cuenta de la co-variación entre las variables, la reducción de ítems, seleccionar indicadores que representaran cada uno de los conceptos contenidos en la teoría, establecer la naturaleza dimensional de estos indicadores, calcular la correlación entre las escalas construidas y comparar las correlaciones empíricas con las relaciones teóricamente determinadas entre los conceptos. Se aplicara el análisis factorial exploratorio y

confirmatorio. EL cálculo del análisis factorial se realizó con el paquete estadístico SPSS 22. (30)(33)

1.4 Validez de criterio: Se midió el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo. Si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos individuos en el instrumento construido deben estar correlacionadas con las puntuaciones de estas mismas personas logradas con otro criterio. EL cálculo se realizó con el paquete estadístico SPSS 22. (30)(33)

2. Fiabilidad: a través de la consistencia interna, donde se evaluó el grado de interrelación y coherencia de los ítems, como el instrumento estaba compuesto por un grupo de subescalas, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para los ítems respecto de la puntuación global (correlación ítem-total) y para los ítems de cada subescala respecto del valor de la misma (correlación ítem-subescala), valores alfa superiores a 0.70 fueron suficientes para garantizar la consistencia interna de la escala. (30)(33)

8.6.4 Técnica de recolección de datos

Habiendo terminado la adaptación cultural y validación del instrumento se procedió a la aplicación del instrumento, el cual se llevó a cabo por la residente de tercer año de medicina familiar, así como 2 personas más ajenas al proyecto a las cuales se les capacitó explicándoles en que consistía el instrumento ítem por ítem, las secciones del mismo, así como la estructura de la escala Likert en cada sección del instrumento, apoyándose en el manual operacional que se diseñó, con el fin de que los encuestadores dominaran el tema y despejaran dudas que pudieran existir durante la entrevista a los hombres y mujeres en edad productiva participantes en el estudio. Así mismo se solicitó ayuda en la unidad médica al departamento de psicología, para que durante el llenado de los instrumentos se contara con apoyo de dicho servicio en caso de presentarse algún evento agudo (crisis de ansiedad, estrés agudo, etc.) relacionado con la aplicación del mismo.

Para la elección de los participantes se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple, se revisaron las agendas de citas de cada consultorio donde se buscó el grupo de edad de acuerdo al agregado en su número de seguro social, verificando que se encontrara en el grupo de edad productiva, una vez que se tuvieron los listados de los posibles participantes (marco muestral), se llevó a cabo la generación de números aleatorios por medio de un software generador de números aleatorio online.

Los participantes seleccionados fueron abordados en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, donde se les invito a participar de forma voluntaria en la realización del presente estudio de investigación, el cual conto con el respaldo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); explicándoles los propósitos del estudio, así como los procedimientos a que serían sujetos una vez que aceptaran ser parte del proyecto y el que se les aplicará una encuesta, este procedimiento se llevó a cabo hasta completar el tamaño de la muestra previamente establecida. A todos aquellos que aceptaron participar se les guio al auditorio de la unidad médica, donde contaron con mayor privacidad para el llenado del instrumentó, se les dio a leer la carta de consentimiento informado la cual contenía el nombre, la justificación y objetivo del estudio, los procedimientos que se llevarían a cabo, los posibles riesgos y molestias que se pudieran generar, los beneficios que recibirían al participar en el estudio, la información de los resultados, la participación o retiro del mismo, la privacidad y confidencialidad de los datos, el apartado de la declaración del consentimiento, y los datos del personal con quien podían dirigirse en caso de dudas o aclaraciones. Se les garantizo el anonimato y la confidencialidad en la información obtenida, una vez firmada se les entregó una copia de la misma, se les indico de qué trataba la encuesta, el tiempo de duración de aproximadamente 10-15 minutos, teniendo la certeza de que el encuestado entendió la pregunta, así como las posibles respuestas de cada uno de los ítems. Al completar nuestra muestra de estudio se pasó a la captura de datos con la revisión posterior; para realizar resultados, conclusión y recomendaciones de nuestro estudio.

8.6.5 Plan de análisis:

Análisis descriptivo: Se llevó a cabo la aplicación del instrumento en la unidad de Medicina Familiar #1 Aguascalientes. Los datos obtenidos en el trabajo de campo se

capturaron en una hoja de Excel, posteriormente fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 22; Para establecer el diagnóstico de los datos y establecer los supuestos de normalidad se evaluó la curtosis y asimetría de cada una de las variables en escalas cuantitativas continuas u ordinales, considerando como una distribución normal los valores entre ± 2 . Para las variables en escalas cuantitativas con una distribución normal o paramétrica, se describieron con la media como medida de tendencia central y como medida de dispersión la desviación estándar. Las variables con una distribución no normal o no paramétrica se describieron con la mediana como medida de tendencia central y los cuartiles como medida de dispersión. Para las variables en escalas cualitativas se describieron las frecuencias absolutas y relativas.

Análisis de la validación del instrumento

La validez de contenido valoro la concordancia aplicando el Índice de validez de contenido de Lawshe. Fue aceptable un valor de por lo menos 0.99 ya que el número de expertos fue de 5. Se analizó la concordancia entre los expertos respecto a cada ítem, se hizo una base de datos con el número de expertos que participo y se vio la relación de número de expertos que calificaron como pertinente cada ítem. Obteniendo una razón de validez de contenido valor para cada uno de ellos, los ítems que tenían una RVC menor a 0.99 pasaron a una segunda o tercera ronda hasta lograr pertinencia y concordancia entre expertos, máximo 3 rondas, se eliminaron los ítem que tenían un valor más bajo. El Índice de validez de Lawshe es la media de la razón de la validez de contenido de cada ítems conservado y se calculó mediante la siguiente formula: Índice de validez de Lawshe ($IVCLW = \frac{ne - N/2}{N/2}$ ne es el número de expertos que han valorado el ítem como pertinente y N es el número total de expertos que han evaluado el ítem en total).(55)

La validez aparente se analizó a partir de la transcripción literal y ordenada obtenida del grupo focal. La transformación del texto transcrito consistió en la segmentación y codificación temática de ideas y conceptos expresados por los participantes. Fases del análisis de la información del grupo focal: transcripción literal de las grabaciones, lectura preliminar de las transcripciones, elaboración de un guión de categorías, nombrando las categoría de análisis, descripción de la información que se incluyó bajo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

esa categoría, abreviatura de la categoría (código que se introdujo en el texto), codificación de las transcripciones, división del texto en fragmentos (unidades de análisis básicas, asignando a cada fragmento categorías temáticas, análisis de contenido de las transcripciones, análisis del contenido del grupo focal, análisis del contenido de las categorías) y por último elaboración del informe final. (54)

La validez de constructo se realizó por medio del análisis factorial exploratorio. El número de los factores extraídos fue congruente con la operacionalización, los ítems tenían un valor eigen ≥ 0.4 cada uno, cada dimensión tenía al menos 3 ítems, cada dimensión explicó $\geq 10\%$ de la varianza, y la varianza total explicada del instrumento fue $> 70\%$. Análisis factorial confirmatorio: Se definió el número de factores esperados, los factores relacionados entre sí, y los ítems relacionados con cada factor. Se estimó el efecto y las relaciones entre múltiples variables, con el fin de ajustar las covarianzas entre las variables y minimizar la diferencia entre las covarianzas observadas en la muestra y las covarianzas pronosticadas por el modelo estructural con los siguientes índices de bondad de ajuste: error Cuadrático Medio de aproximación (RMSEA): valora el error de aproximación que hace referencia a la varianza no explicada por el modelo por grado de libertad, se requirió un valor de ≤ 0.05 : Índice de Ajuste comparativo (CFI), compara la χ^2 de dos modelos, el cual se corrigió con los grados de libertad, se recomendó un valor superior a 0.95: Índice Tucker-Lewis (TLI) Comparo el ajuste por grado de libertad del modelo propuesto y nulo, se recomendó valores mayores 0.90: Raíz estandarizada Media Cuadrática (SRMR), midió la discrepancia entre la covarianza observada y la estimada, fue indicativo de un buen ajuste un valor por debajo de 0.05. (30)(33)

La validez de criterio se realizó mediante correlación lineal entre las dimensiones de cada dominio, a través del coeficiente de correlación de Pearson que midió la fuerza y consistencia de esta, se relacionaron las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos casos, para la *interpretación*: el coeficiente r de Pearson *pudo variar de -1.00 a $+1.00$* , donde: $-1.00 =$ si p es menor del valor 0.05, el coeficiente fue *significativo* en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si fue menor a 0.01, el coeficiente fue *significativo* al nivel de 0.01 (99% de confianza de que la correlación fuera verdadera y 1% de probabilidad de error). (30)(33)

La confiabilidad se determinó con la consistencia interna mediante el coeficiente alpha de cronbach donde se tomó como punto de criterio de consistencia o reproducibilidad un valor mayor ≥ 7 considerándose con un alcance explicativo bueno.(30)(33)

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

- Se trabajó con los recursos propios del investigador y tesista, cuyos perfiles son los siguientes:
 - Asesor o investigador responsable: Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, Médico especialista en Medicina familiar.
 - Tesista: Dra Ruth Pérez Ortiz, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar.
 - 2 entrevistadores capacitados para la aplicación del instrumento.

Recursos materiales y tecnológicos:

- Instrumento impreso con un total de 420 copias, con un costo promedio total de \$ 4,200.00
- Carta de consentimiento informado, 420 copias, con un costo promedio total de \$210.00
- 2 cajas de lápices BIC número 2, con 12 piezas cada una, con un costo de \$100.00
- Borrador 10 piezas, con un costo de \$40.00
- Computadora propiedad del tesista con algunos paquetes estadísticos.
- Costo total aproximado de \$4,550.00

Financiamiento:

- No se contó con ningún financiamiento de alguna Institución para el desarrollo de este protocolo, el costo total de la realización del mismo quedo a cargo del tesista ya que solo utilizo recursos propios (papelería, equipo de cómputo, etc).

Factibilidad:

- Nuestro estudio de investigación fue factible debido a que consistía en obtener información a través de una encuesta a hombres y mujeres en edad productiva, con el

fin de identificar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA. Se encuentra dentro de los términos legales y es posible de realizar en nuestro entorno social. Existe una necesidad debido a que se tiene un vacío en el conocimiento en el problema identificado con el fin de mejorar las acciones preventivas en los hombres y mujeres en edad productiva, ya que los altos costos de atención y repercusiones derivadas de la infección por el VIH/SIDA tienen un gran impacto en la salud pública. El estudio no daña el medio ambiente y dará un beneficio social en nuestra población de estudio.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio incluyó entrevistas a hombres y mujeres en edad productiva en el que se investigó sobre aspectos del comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, por lo que de acuerdo con el “reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud” en su Título 2^o, capítulo 1, Artículo 17, Fracción II, se consideró como proyecto de investigación “con riesgo mínimo”. (32) Por lo anterior, los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron invitados a participar y recibieron por parte del encuestador información acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del estudio, afiliaciones institucionales de los investigadores responsables, así como también se les informo el derecho de participar o no en la investigación, sin exponerse a represalias y garantizando la confidencialidad de los cuestionarios.

Se solicitó a los participantes su consentimiento informado voluntario por escrito (anexo 1); asegurándose de que los participantes comprendían adecuadamente la información en el descrita, para posteriormente proceder a la aplicación del instrumento. La realización de esta investigación fue congruente con la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por la 52^a Asamblea general, en Edimburgo, Escocia en el año 2000, dado que se consideró lo señalada en el Artículo 8 “ el respecto por los pacientes”, y lo marcado en el Artículo 20 y 22, “ el derecho a su autodeterminación para tomar decisiones informadas mediante la implementación del proceso de consentimiento informado, asegurando que los participantes han comprendido la información y que su consentimiento informado fue voluntario”.(56)

Como lo señala el Artículo 11 se realizó una revisión cuidadosa de la bibliografía para la elaboración de los antecedentes y para escribir la parte metodológica del proyecto, tomando en cuenta que la investigación debía basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico. Además esta investigación también es congruente con la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Título quinto “investigación para la salud, Capítulo único, Artículo 100, dado que su realización no expuso a los participantes a riesgos y daños innecesarios (Artículo 100, Fracción III) y se apegó a los principios científicos y éticos que justifican su realización, para producir nuevo conocimiento sobre el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en la población estudiada (Artículo 100, Fracción I y II), además de que se obtuvo el consentimiento informado por escrito una vez que los participantes recibieron la información acerca del proyecto (Artículo 100, Fracción IV).(57)

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	NOV DIC 2019	ENE FEB 2020	MAR ABR 2020	MAY JUN 2020	JUL AGO 2020	SEP OCT 2020	NOV DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021
Acopio de Bibliografía.	XXX	XXX	XXX						
Revisión de literatura.	XXX	XXX	XXX						
Hacer Planteamiento.		XXX							
Revisión de Planteamiento			XXX						
Hacer Marco Teórico y Conceptual			XXX	XXX					
Revisión de Marco Teórico y Conceptual				XXX	XXX				
Diseño y Revisión Protocolo				XXX	XXX	XXX			
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.							XXX		
Aprobación de Protocolo							XXX		

Adaptación cultural y validación de instrumento								xxx	xxx	
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.									xxx	
Acopio y Captura de Datos.									xxx	
Análisis e Interpretación de Resultados									xxx	
Hacer Discusiones y Conclusiones.									xxx	
Revisión de la investigación									xxx	
Autorización.										xxx
Elaboración de tesis.										xxx
Difusión de resultados.										xxx

12. RESULTADOS

Adaptación cultural

Para la adaptación cultural, al tratarse de un instrumento cuya versión se encontraba en español, únicamente se procedió a trasladar a vocabulario coloquial por parte de un especialista en lingüística, posteriormente se consolidó por un panel de expertos con un 100% de acuerdo entre ellos y se obtuvo como resultado una versión del cuestionario con equivalencia de contenido y culturalmente adaptado a la población mexicana.

Validez de contenido

La validez de contenido se realizó a través de un grupo de 5 expertos mediante la técnica Delphi, agrupándose las respuestas de la ronda final en el programa Excel, donde se sumaron los rangos y se aplicó el índice de validez de contenido de Lawshe, donde los valores aceptables eran todos aquellos mayores de 0.99, eliminándose todos aquellos que no cumplían con dicho valor. **(Tabla 1.)**

TABLA 1. ÍNDICE DE LAWSHE DEL GRUPO DE LA TÉCNICA DELPHI

Sección 1: Datos Sociodemográficos									
No. ítem	*Calificación del experto					Total de calificación pertinente	Total de Expertos	IVCLw	Observaciones
	1	2	3	4	5				
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	0	0	0	0	0	0	5	0	Eliminar
8	1	0	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
9	1	0	0	0	0	1	5	-0.6	Eliminar
10	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
11	0	0	1	0	0	1	5	-0.6	Eliminar
12	0	0	1	0	0	1	5	-0.6	Eliminar
13	0	0	1	0	0	1	5	-0.6	Eliminar
14	0	0	0	0	0	0	5	0	Eliminar
15	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios

16	1	1	0	1	0	3	5	0.2	Eliminar
17	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
18	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
19	0	1	0	0	1	2	5	-0.2	Eliminar
20	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
21	1	1	1	0	0	3	5	0.2	Eliminar
22	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
23	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
24	1	1	1	0	0	3	5	0.2	Eliminar
25	0	1	1	0	0	2	5	-0.2	Eliminar
Sección 2: Conocimiento sobre VIH/SIDA									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
8	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
9	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
10	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
11	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar por medir lo mismo que el 6
12	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
13	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
14	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
15	0	1	0	0	1	2	5	-0.2	Eliminar por medir lo mismo que el 6 y 11
Sección 3. Toma de decisiones sexuales									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
Sección 4. Actitud hacia la Masturbación									
1	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	0	1	0	3	5	0.2	Eliminar
6	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar

7	1	0	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar por medir lo mismo que el 4
8	0	1	0	1	1	3	5	0.2	Eliminar
9	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
10	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
11	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
12	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
13	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
14	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
15	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar por medir lo mismo que el 3
16	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
17	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
18	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
19	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
20	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
21	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
Sección 5: Actitud hacia el uso del Condón masculino									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
3	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
7	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
8	0	1	1	0	1	3	5	0.2	Eliminar
9	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar por medir lo mismo que el 5
10	1	0	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
11	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
12	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
13	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
14	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
15	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
16	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
Sección 6: Creencias sobre la Sexualidad masculina									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar
5	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
6	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar

7	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
8	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
9	1	0	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
10	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
11	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
12	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
13	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
14	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
Sección 7: Creencias sobre la Sexualidad femenina									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
3	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	1	1	0	0	0	2	5	-0.2	Eliminar
8	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
9	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
10	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
Sección 8: Apoyo social para el uso del condón y la masturbación									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar
4	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
5	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
8	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
9	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
10	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
11	0	1	1	1	1	4	5	0.6	Eliminar
12	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
13	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
14	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
15	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
16	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
17	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
18	0	1	0	0	1	2	5	-0.2	Eliminar
19	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
20	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
21.	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios

21.2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
21.3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
21.4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
21.5	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
21.6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
Sección 9: Relaciones sexuales									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	1	1	0	1	1	4	5	0.6	Eliminar
8	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
9	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
10	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
11	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
12	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
13	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
14	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
15	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
16	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
17	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
18	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
19	1	1	0	0	1	3	5	0.2	Eliminar
20	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
21	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
Sección 10: Negociación sexual									
1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
6	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
7	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar
8	1	1	1	0	1	4	5	0.6	Eliminar por medir lo mismo que el 6
Sección 11: Reclutamiento y retención									

1	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
2	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
3	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
4	1	1	1	1	1	5	5	1	Sin cambios
5	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
6	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
7	0	1	0	1	0	2	5	-0.2	Eliminar
8	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
9	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
10	0	1	0	0	1	2	5	-0.2	Eliminar
11	0	0	0	0	0	0	5	0	Eliminar
12	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
13	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
14	0	1	1	1	0	3	5	0.2	Eliminar
15	0	1	0	1	1	3	5	0.2	Eliminar
16	1	1	1	1	0	4	5	0.6	Eliminar
* Si la calificación es pertinente = 1, si la calificación es útil pero no pertinente/no pertinente = 0									

El instrumento que se obtuvo después de la validez de contenido fue de 94 ítems correspondiendo 11 ítems a los datos demográficos, 80 ítems distribuidos entre las 9 dimensiones del instrumento de la siguiente forma: 8 ítems sobre conocimiento de VIH/SIDA, 5 sobre toma de decisiones sexuales, 8 sobre masturbación, 7 sobre condón masculino, 8 sobre sexualidad masculina, 6 sobre sexualidad femenina, 14 sobre apoyo social para el uso del condón y la masturbación, 18 para relaciones sexuales y 6 para negociación sexual, así como 3 ítems más sobre reclutamiento y retención para una intervención futura.

Validez aparente

Se realizaron un total de 3 grupos focales con 10 integrantes cada uno, todos ellos en la unidad de Medicina Familiar # 8, posteriormente se realizó una transcripción idéntica y organizada de las grabaciones de audio obtenidas en cada reunión, con una lectura preliminar de las transcripciones, elaborándose un guion de categorías, para lo cual se utilizaron abreviaturas, codificándose así las transcripciones para finalmente elaborar un informe con los resultados obtenidos.

Diagnóstico de los datos

Para establecer el diagnóstico de los datos y establecer los supuestos de normalidad se evaluó la curtosis y asimetría de cada uno de los 80 ítems finales que componen

las 9 dimensiones del instrumento, donde se observó que los ítems con alguna desviación hacia algún sentido son CON6, CON7, CON8, TDS2, MAS3, MAS8, SM6, SF3, SF5, RS3, RS4, RS8, RS9, RS10, RS11, RS12, RS13, RS14, RS15, RS15, RS16, RS17, RS18, NS1, NS2, NS3, NS4, NS5 y NS6 con valores de asimetría y curtosis fuera del rango +/- 2, todos ellos con curtosis leptocúrtica, por lo que indican una distribución no simétrica o no paramétrica, por lo que se tomara la mediana como medida de tendencia central y como medida de dispersión los cuartiles, el resto de los ítems son equidistantes 2 a -2 de la media, mostrado una distribución simétrica o paramétrica y se describirán con la media como medida de tendencia central y como medida de dispersión la desviación estándar). (Tabla 2)

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN, ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS DATOS DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”

Ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Mediana	Cuartiles
1.- Conocimiento (CON)						
CON1	3.87	1.388	-0.958	-0.449	-----	-----
CON2	3.55	1.548	-0.530	-1.275	-----	-----
CON3	3.87	1.441	-0.943	-0.601	-----	-----
CON4	4.32	1.058	-1.699	2.276	-----	-----
CON5	3.30	1.442	-0.403	-1.124	-----	-----
CON6	-----	-----	-2.175	4.430	5.00	P25 4.00 P50 5.00 P75 5.00
CON7	-----	-----	-2.091	4.490	5.00	P25 4.00 P50 5.00 P75 5.00
CON8	-----	-----	-1.821	2.390	5.00	P25 4.00 P50 5.00 P75 5.00
2.- Toma de decisiones sexuales (TDS)						
TDS1	4.40	1.165	-1.772	1.754	-----	-----
TDS2	-----	-----	-1.927	2.664	5.00	P25 4.00 P50 5.00 P75 5.00
TDS3	4.00	1.377	-1.118	-0.187	-----	-----
TDS4	3.29	1.728	-0.256	-1.713	-----	-----
TDS5	3.24	1.578	-0.223	-1.553	-----	-----
3.- Actitud hacia la Masturbación (MAS)						
MAS1	3.50	1.439	-0.416	-1.259	-----	-----
MAS2	3.68	1.426	-0.692	-0.905	-----	-----
MAS3	-----	-----	-1.832	2.849	5.00	P25 4.00 P50 5.00

						P75	5.00
MAS4	3.82	1.481	-.815	-.872	-----	-----	
MAS5	4.00	1.215	-1.080	-.184	-----	-----	
MAS6	3.72	1.328	-.635	-.766	-----	-----	
MAS7	4.20	1.173	-1.301	.597	-----	-----	
MAS8	-----	-----	-2.135	3.933	5.00	P25	4.75
						P50	5.00
						P75	5.00
4.- Actitud hacia el uso Condón masculino (CM)							
CM1	3.89	1.440	-.990	-.479	-----	-----	
CM2	3.88	1.483	-1.001	-.539	-----	-----	
CM33	4.33	1.149	-1.715	1.930	-----	-----	
CM4	4.28	1.201	-1.621	1.470	-----	-----	
CM5	4.10	1.330	-1.234	.148	-----	-----	
CM6	3.86	1.493	-.970	-.624	-----	-----	
CM7	2.91	1.553	.114	-1.502	-----	-----	
5.- Creencias sobre la Sexualidad masculina (SM)							
SM1	3.48	1.508	-.434	-1.344	-----	-----	
SM2	4.15	1.228	-1.256	.315	-----	-----	
SM3	3.81	1.482	-.941	-.611	-----	-----	
SM4	3.65	1.524	-.596	-1.215	-----	-----	
SM5	3.82	1.298	-.875	-.355	-----	-----	
SM6	-----	-----	-2.010	3.788	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
SM7	3.49	1.434	-.516	-1.037	-----	-----	
SM8	4.00	1.283	-1.066	-.057	-----	-----	
6.- Creencias sobre la Sexualidad femenina (SF)							
SF1	3.73	1.235	-.575	-.805	-----	-----	
SF2	4.23	1.052	-1.404	1.424	-----	-----	
SF3	-----	-----	-1.634	2.067	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
SF4	4.02	1.257	-1.165	.258	-----	-----	
SF5	-----	-----	-1.680	2.261	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
SF6	3.92	1.496	-1.104	-.351	-----	-----	
7.- Apoyo social para el uso del condón masculino y la masturbación (AS)							
ASCM 1	2.84	1.359	.065	-1.139	-----	-----	
ASCM 2	2.79	1.373	.098	-1.183	-----	-----	
ASCM 3	3.12	1.543	-.189	-1.447	-----	-----	
ASCM 4	2.69	1.539	.272	-1.399	-----	-----	
ASCM 5	2.24	1.355	.711	-.697	-----	-----	

ASCM 6	2.01	1.341	1.069	-.158	-----	-----
ASCM 7	2.17	1.408	.775	-.836	-----	-----
ASCM 8	1.84	1.182	1.123	.104	-----	-----
ASCM 9	1.77	1.208	1.407	.785	-----	-----
ASCM 10	3.79	1.832	-.429	-1.315	-----	-----
ASCM 11	3.00	1.676	.380	-1.193	-----	-----
ASCM 12	3.13	1.628	.107	-1.237	-----	-----
ASCM 13	3.56	1.763	-.164	-1.288	-----	-----

8.- Relaciones sexuales (RS)

RS1	2.89	1.029	-.475	-.746	-----	-----
RS2	3.59	1.829	-.944	-.627	-----	-----
RS3	-----	-----	4.346	19.811	1.00	P25 1.00 P50 1.00 P75 1.00
RS4	-----	-----	3.668	12.419	.00	P25 .00 P50 .00 P75 .00
RS5	2.13	1.058	.352	-1.191	-----	-----
RS6	2.95	2.400	-.376	-1.825	-----	-----
RS7	2.11	1.036	.418	-1.063	-----	-----
RS8	-----	-----	2.166	4.086	1.00	P25 1.00 P50 1.00 P75 2.00
RS9	-----	-----	7.964	70.771	1.00	P25 1.00 P50 1.00 P75 1.00
RS10	-----	-----	7.990	82.080	1.00	P25 1.00 P50 1.00 P75 1.00
RS11	-----	-----	5.670	31.661	.00	P25 .00 P50 .00 P75 .00
RS12	-----	-----	5.528	29.389	.00	P25 .00 P50 .00 P75 .00
RS13	-----	-----	6.052	36.646	.00	P25 .00 P50 .00 P75 .00
RS14	-----	-----	7.406	53.120	.00	P25 .00 P50 .00 P75 .00
RS15	-----	-----	6.603	45.102	.00	P25 .00

						P50	.00
						P75	.00
RS16	-----	-----	6.962	49.043	.00	P25	.00
						P50	.00
						P75	.00
RS17	-----	-----	7.813	62.897	.00	P25	.00
						P50	.00
						P75	.00
RS18	-----	-----	5.307	26.297	.00	P25	.00
						P50	.00
						P75	.00
9.- Negociación sexual (NS)							
NS1	-----	-----	-1.899	3.449	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
NS2	-----	-----	-1.580	2.268	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
NS3	-----	-----	-1.916	3.654	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
NS4	-----	-----	-1.590	2.039	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
NS5	-----	-----	-2.134	3.962	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00
NS6	-----	-----	-1.929	3.454	5.00	P25	4.00
						P50	5.00
						P75	5.00

Validez de constructo

Se realizó un análisis factorial exploratorio inicial de componentes principales, con rotación varimax, inspeccionando la agrupación de los ítems de acuerdo con la relación teórica de los conceptos, además se definieron 9 dimensiones teóricas por medio de la operacionalización y validez de contenido. Primero se analizó dimensión por dimensión hasta lograr la agrupación de ítems en un solo componente, los ítems que no aportaban al constructo fueron eliminados, una vez obtenida la agrupación de un componente por dimensión, se procedió a analizar todas las dimensiones juntas (**Tabla 3**).

Al analizar las 9 dimensiones se obtuvieron un total de 11 componentes, por lo que para lograr la adecuada agrupación en solo 9 componentes se eliminaron los siguientes ítems en el orden que a continuación se menciona: CM7, RS8,

SF2,SF6,SM2,MAS2, CM1, SF4, CM3, SF5, CON6, los ítems se eliminaron en ese orden para ir disminuyendo los componentes hasta agruparlos en el total de las dimensiones teóricas antes comentadas, sin embargo la dimensión de Sexualidad femenina se eliminó del modelo final por no conservar ningún ítem, lográndose una agrupación final en 8 componentes. **(Tabla 4)**

TABLA 3. ANÁLISIS FACTORIAL INICIAL CON ROTACIÓN VARIMAX DE LOS ÍTEMES DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”

ítem	COM 1	COM 2	COM 3	COM 4	COM 5	COM 6	COM 7	COM 8	COM 9	COM 10	COM 11
R11	.987										
R12	.993										
R18	.967										
R15	.916										
R16	.914										
R17	.872										
R10	.867										
R13	.973										
AS4		.847									
AS2		.818									
AS1		.790									
AS7		.774									
AS3		.771									
AS5		.714									
AS11		.634									
AS12		.630									
AS13		.616									
CM1		.394									
NS3			.870								
NS1			.838								
NS5			.815								
NS4			.779								
NS2			.753								
NS6			.692								
CON6			.568								
TDS3				.842							
TDS2				.825							
TDS4				.650							
TDS1				.640							
TDS5				.602							
SF5					.737						
MAS7					.715						

SF4	.640									
CM3	.537									
MAS3	.512									
MAS1	.413									
SM3	.729									
SM4	.670									
SM1	.643									
SM2	.634									
CON3	.854									
CON8	.769									
CON4	.572									
MAS2	.772									
MAS4	.611									
SF6	.539									
CM5	.809									
CM4	.582									
CM2	.389									
SF2	.760									
CM7	.595									
RS8	-.586									
SM5	.508									
%VAR	14.0	9.60	8.41	8.24	7.41	6.36	4.12	3.82	3.	3.01
11.0									0	
									4	
VARIANZA EXPLICADA TOTAL= 78.21										

Para el modelo final todas las dimensiones incluyeron un mínimo de 3 ítems, con un total de 42 ítems agrupados en 8 dimensiones las cuales explican el 83.598 % de la varianza total, con varianzas por dimensión que van desde 9.527 hasta 11.234 por lo que se considera que las dimensiones son medianamente estables, solamente una dimensión no explica $\geq 10\%$ de la varianza, pero la varianza total explicada del instrumento fue $>70\%$. Por otra parte la validación de constructo mostro una medida de adecuación de KMO de .808, lo que indica que la muestra tomada para el estudio es apropiada. La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de $p=0.000$ siendo un valor significativo, que refleja que los residuos son pequeños y el modelo se ajusta a los datos, por lo que la matriz de datos es válida para continuar con el proceso de análisis factorial confirmatorio. **(Tabla 4)**

TABLA 4. ANÁLISIS FACTORIAL FINAL CON ROTACIÓN VARIMAX DE LOS ÍTEMS DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”

ítem	COM 1	COM 2	COM 3	COM 4	COM 5	COM 6	COM 7	COM 8
R11	.993							
R12	.988							
R18	.977							
R15	.964							
R16	.911							
R17	.907							
R13	.877							
R10	.875							
AS4		.864						
AS2		.798						
AS7		.793						
AS1		.776						
AS3		.756						
AS5		.718						
AS1		.655						
3		.625						
AS1		.616						
1								
AS1								
2								
NS3			.865					
NS1			.834					
NS5			.824					
NS4			.780					
NS2			.771					
NS6			.683					
TDS				.833				
3								
TDS				.824				
2								
TDS				.661				
1								
TDS				.618				
4								
TDS				.597				
5								
MAS					.755			
3								
MAS					.730			
7								
MAS					.603			
4								
MAS					.590			

1								
SM4								.731
SM3								.718
SM1								.619
SM5								.610
CON 3								.841
CON 8								.736
CON 4								.610
CM5								.718
CM4								.567
CM2								.474
%VA R	11.23 4	11.11 2	10.61 7	10.57 8	10.315	10.210	10.005	9.527
Varianza total explicada=83.598								
Medida Kaiser –Meyer-Olkin= .808								
Significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett (p=0.000)								

Para realizar el análisis factorial confirmatorio se utilizó la extensión AMOS 26 Graphics del programa SPSS 22, donde primero se construyó el modelo del instrumento para posteriormente calcular los índices de bondad de ajuste: error Cuadrático Medio de aproximación (RMSEA), Índice de Ajuste comparativo (CFI), Índice Tucker-Lewis (TLI) y la Raíz estandarizada Media Cuadrática (SRMR), obteniéndose para el modelo propuesto valores por debajo de los índices esperados, por lo que se tuvo que hacer ajuste eliminando los ítems con un valor de estimación más baja (ítems SM5 y TDS1), así como uniéndose los errores de las variables que fueron sugeridas en las entradas, lográndose con el modelo modificado valores aceptables, siendo un modelo que posee validez de constructo.(Tabla 5)

TABLA 5. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

Índice	Modelo propuesto	Modelo modificado
RMSEA	0.056	0.048
CFI	0.878	.909
TLI	0.889	.927
SRMR	0.063	0.044

Finalmente el instrumento quedo conformado por 40 ítems, distribuidos en 8 dimensiones de la siguiente forma: 3 ítems sobre conocimiento del VIH/SIDA, 4 sobre

toma de decisiones sexuales, 4 sobre actitudes hacia masturbación, 3 sobre actitudes hacia el uso del condón masculino, 3 creencias sobre la sexualidad masculina, 9 sobre apoyo social para el uso del condón masculino y la masturbación, 8 para relaciones sexuales y 6 para negociación sexual.

Validez de criterio

La validez de criterio se realizó mediante correlación lineal entre las dimensiones de cada dominio, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, en donde se obtuvo que las correlaciones dentro de cada dimensión para cada ítem fueron de moderadas a altas con respecto al índice de cada dimensión (Tablas 7, 8, 9, 10,11, 12, 13, y 14), mientras que la validez de criterio concurrente por dimensión mostro correlaciones aceptables (Tabla 6.).

TABLA 6. CORRELACIÓN DE PEARSON POR DIMENSIÓN

		CON	TDS	MAS	CM	SF	AS	RS	NS
CON	C.P	1	.733	.645	.534	.615	.534	.487	.438
	Sig		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
TDS	C.P	.733	1	.653	.579	.522	.453	.412	.390
	Sig	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
MAS	C.P	.645	.653	1	.612	.564	.531	.498	.432
	Sig	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
CM	C.P	.534	.579	.612	1	.678	.614	.548	.479
	Sig	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
SF	C.P	.615	.522	.564	.678	1	.546	.502	.455
	Sig	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
AS	C.P	.534	.453	.531	.614	.546	1	.542	.490
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
RS	C.P	.487	.412	.498	.548	.502	.542	1	.523
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
NS	C.P	.438	.390	.432	.479	.455	.490	.523	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

TABLA 7. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO

		INFO3	INFO4	INFO8	Dimensión
CON3	C.P.	1	.471	.672	.576
	Sig		.000	.000	.000
CON4	C.P.	.471	1	.345	.451
	Sig	.000		.000	.000
CON8	C.P.	.672	.345	1	.487
	Sig	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.576	.451	.487	1
	Sig	.000	.000	.000	

TABLA 8. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: TOMA DE DECISIONES SEXUALES

		TDS2	TDS3	TDS4	TDS5	Dimensión
TDS2	C.P.	1	.723	.478	.423	.504
	Sig		.000	.000	.000	.000
TDS3	C.P.	.723	1	.527	.496	.534
	Sig	.000		.000	.000	.000
TDS4	C.P.	.478	.527	1	.439	.482
	Sig	.000	.000		.000	.000
TDS5	C.P.	.423	.496	.439	1	.453
	Sig	.000	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.504	.534	.482	.453	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	

TABLA 9. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: MASTURBACIÓN

		MAS1	MAS3	MAS4	MAS7	Dimensión
MAS1	C.P.	1	.416	.472	.356	.437
	Sig		.000	.000	.000	.000
MAS3	C.P.	.416	1	.552	.474	.479
	Sig	.000		.000	.000	.000

MAS4	C.P.	.472	.552	1	.382	.467
	Sig	.000	.000		.000	.000
MAS7	C.P.	.356	.474	.382	1	.424
	Sig	.000	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.437	.479	.467	.424	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	

TABLA 10. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: CONDÓN MASCULINO

		CM2	CM4	CM5	Dimensión
CM2	C.P.	1	.374	.465	.455
	Sig		.000	.000	.000
CM4	C.P.	.374	1	.591	.439
	Sig	.000		.000	.000
CM5	C.P.	.465	.591	1	.512
	Sig	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.455	.439	.512	1
	Sig	.000	.000	.000	

TABLA 11. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: SEXUALIDAD MASCULINA

		SM1	SM3	SM4	Dimensión
SM1	C.P.	1	.494	.407	.547
	Sig		.000	.000	.000
SM3	C.P.	.494	1	.486	.487
	Sig	.000		.000	.000
SM4	C.P.	.407	.486	1	.454
	Sig	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.547	.487	.454	1
	Sig	.000	.000	.000	

TABLA 12. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: APOYO SOCIAL PARA EL USO DEL CONDÓN MASCULINO Y LA MASTURBACIÓN

		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	AS7	AS11	AS12	AS13	Dimensión
AS1	C.P.	1	.787	.691	.677	.500	.547	.602	.599	.603	.616
	Sig		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
AS2	C.P.	.787	1	.708	.647	.520	.503	.531	.505	.473	.576
	Sig	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
AS3	C.P.	.691	.708	1	.710	.653	.622	.577	.461	.534	.618
	Sig	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
AS4	C.P.	.677	.647	.710	1	.653	.622	.577	.461	.534	.588
	Sig	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
AS5	C.P.	.500	.520	.472	.653	1	.671	.355	.527	.451	.467
	Sig	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
AS7	C.P.	.547	.503	.519	.622	.671	1	.414	.492	.484	.478
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
AS11	C.P.	.602	.531	.531	.577	.355	.414	1	.656	.479	.467
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
AS12	C.P.	.599	.505	.442	.461	.527	.492	.656	1	.672	.454
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
AS13	C.P.	.603	.473	.427	.534	.451	.484	.479	.672	1	.545
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.616	.576	.618	.588	.467	.478	.467	.454	.545	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Tabla 13. Correlación de Pearson dimensión: Relaciones sexuales

		RS10	RS11	RS12	RS13	RS15	RS16	RS17	RS18	Dimensión
RS10	C.P.	1	.867	.855	.895	.756	.661	.690	.905	.756
	Sig		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
RS11	C.P.	.867	1	.991	.876	.973	.916	.922	.979	.867
	Sig	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
RS12	C.P.	.855	.991	1	.890	.961	.924	.884	.986	.856
	Sig	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000

RS13	C.P	.895	.876	.890	1	.759	.649	.631	.950	.768
	Sig	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
RS15	C.P	.756	.973	.961	.759	1	.968	.973	.913	.614
	Sig	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
RS16	C.P	.661	.916	.924	.649	.671	1	.939	.847	.718
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
RS17	C.P	.690	.922	.884	.631	.355	.939	1	.824	.678
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
RS18	C.P	.905	.979	.986	.950	.527	.847	.824	1	.656
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Dimensión	C.P	.756	.867	.856	.768	.614	.718	.678	.656	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

TABLA 14. CORRELACIÓN DE PEARSON DIMENSIÓN: NEGOCIACIÓN SEXUAL

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	Dimensión
NS1	C.P.	1	.713	.843	.613	.588	.607	.648
	Sig		.000	.000	.000	.000	.000	.000
NS2	C.P.	.713	1	.710	.481	.553	.510	.578
	Sig	.000		.000	.000	.000	.000	.000
NS3	C.P.	.843	.710	1	.644	.658	.628	.657
	Sig	.000	.000		.000	.000	.000	.000
NS4	C.P.	.613	.481	.644	1	.747	.511	.645
	Sig	.000	.000	.000		.000	.000	.000
NS5	C.P.	.588	.553	.658	.747	1	.513	.612
	Sig	.000	.000	.000	.000		.000	.000
NS6	C.P.	.607	.510	.628	.511	.513	1	.578
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Dimensión	C.P.	.648	.578	.657	.645	.612	.578	1
	Sig	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Fiabilidad

La fiabilidad del instrumento se realizó a través de la consistencia interna valorándose mediante el alfa de Cronbach, el modelo completo obtuvo un alfa de Cronbach de

0.814 entre las 8 dimensiones, con un total de 40 ítems, donde la dimensión de sexualidad masculina obtuvo la puntuación más baja con un Alfa de Cronbach de .720 y la puntuación más alta se obtuvo en la dimensión de relaciones sexuales con un valor de .955, de acuerdo a los resultados se concluye que el instrumento final posee una buena consistencia interna. **(Tabla 15)**

TABLA 15. CONSISTENCIA INTERNA DEL “INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTAS-ESPAÑOL (IIMC-E)”

Dimensión	Alfa de Cronbach	Global
Conocimiento	.749	0.814
Toma de decisiones sexuales	.793	
Masturbación	.750	
Condón masculino	.724	
Sexualidad masculina	.720	
Apoyo social para el uso del condón masculino y la masturbación	.916	
Relaciones Sexuales	.955	
Negociación Sexual	.906	

Descripción de la población de estudio

Una vez que se obtuvo la adaptación cultural, la validez y confiabilidad del “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)” se procedió a aplicar la encuesta a un total de 385 participantes.

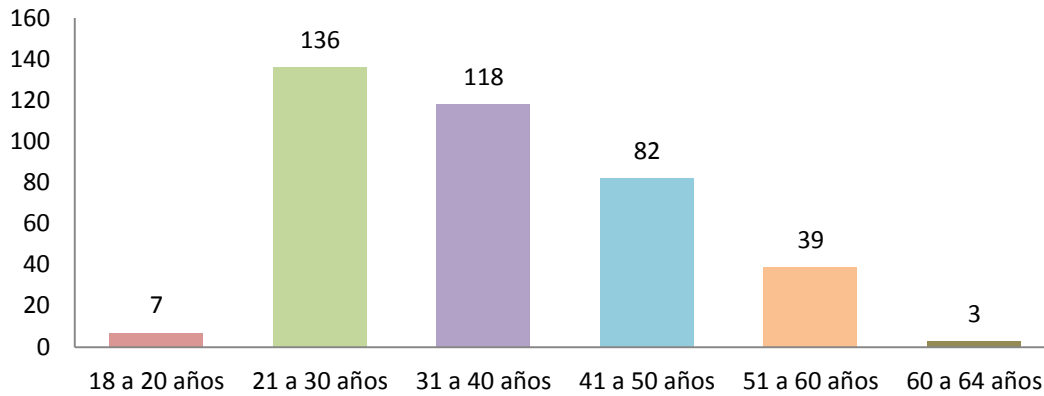
A continuación se describen las variables sociodemográficas obtenidas:

Edad: En la tabla 16 y en la gráfica 1 se muestra la distribución de la población de acuerdo al grupo etario, donde se observa que la mayoría de participantes se encuentran en el grupo de 21 a 30 años con un porcentaje de 35.3% y el menor número de participantes se encuentra en el grupo de 60 a 64 años con un porcentaje de 0.8%. Con una edad promedio de 36 años.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 20 años	7	1.8%
21 a 30 años	136	35.3%
31 a 40 años	118	30.6%
41 a 50 años	82	21.3%
51 a 60 años	39	10.1%
61 a 64 años	3	.8%
Total	385	100.0 %

Grafica 1. Distribucion por grupo de edad

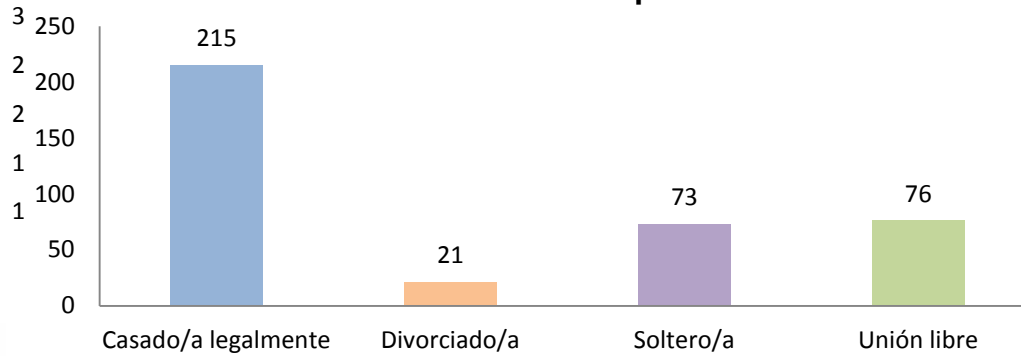


Género: En la tabla 17 y en la gráfica 2 se muestra la distribución de la población de acuerdo a su género, donde se observa que la mayoría de participantes son mujeres con el 66.5 % y el resto son hombres con el 33.5%.

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	129	33.5%
Mujer	256	66.5%
Total	385	100.0%

Grafica 3. Distribución por estado civil



Estado civil: En la tabla 18 y en la gráfica 3 se muestra la distribución de la población de acuerdo a su estado civil, donde se observa que la mayoría de participantes están casados legalmente con un porcentaje del 55.8 %, el 19.7 % están en unión libre, el 19% solteros y solo el 5.5% divorciados.

TABLA 18. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a legalmente	215	55.8 %
Divorciado/a	21	5.5 %
Soltero/a	73	19.0 %
Unión libre	76	19.7 %
Total	385	100.0 %

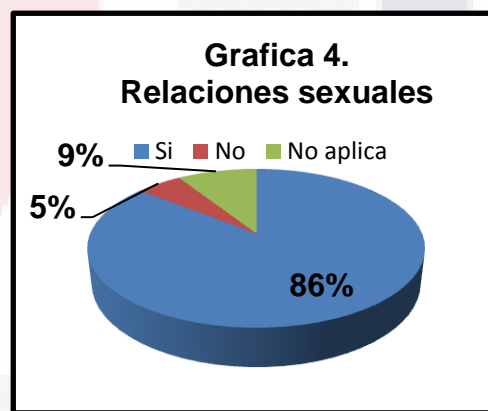
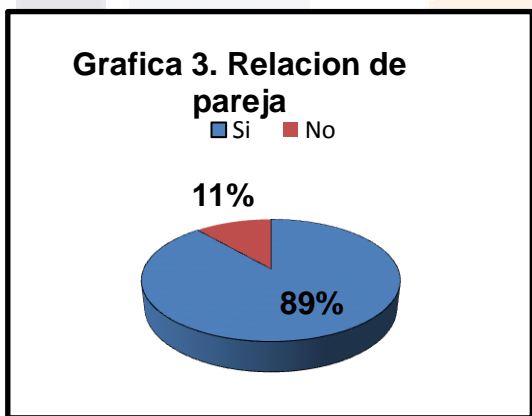
Relación de pareja y relaciones sexuales: En la tabla 19 y en la gráfica 3 se muestra el porcentaje de participantes que refirieron estar en una relación de pareja durante los últimos 6 meses, donde el 88.6% respondió que sí y el 11.4% respondió que no, por otra parte en la tabla 20 y en la gráfica 4 se muestra el porcentaje de participantes que mantenían relaciones sexuales con esa misma pareja durante los últimos 6 meses, donde el 85.7% respondió que sí, el 5.5% respondió que no, el 9.1% corresponde a aquellos que al contestar no estar en una relación con una pareja principal en los últimos 6 meses, no tenían relaciones sexuales con esa pareja por lo que se categorizo como no aplica.

TABLA 19. RELACIÓN DE PAREJA

Relación de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	341	88.6 %
No	44	11.4 %
Total	385	100.0 %

TABLA 20. RELACIONES SEXUALES

Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Si	330	85.7 %
No	20	5.2 %
No aplica	35	9.1 %
Total	385	100.0%

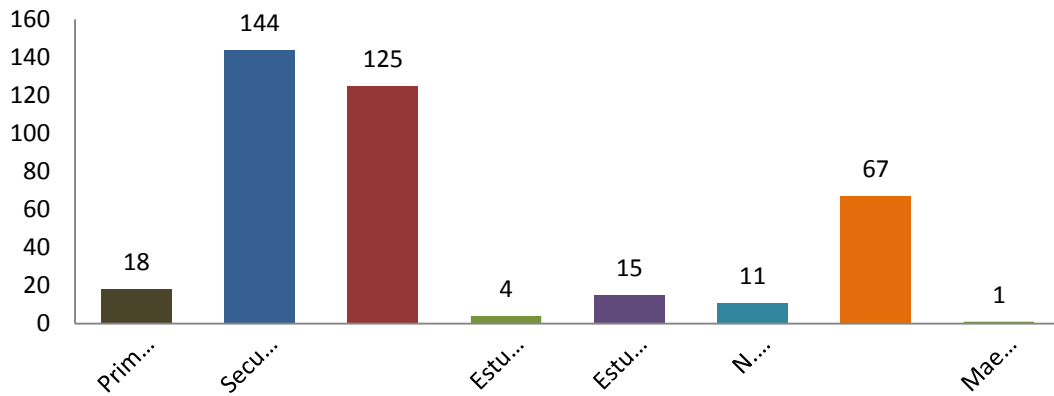


Escolaridad: En la tabla 21 y en la gráfica 5 se muestra la distribución de los participantes de acuerdo a su escolaridad donde se observa que el mayor porcentaje de participantes tienen una escolaridad de secundaria con el 37.4% del total, seguida de preparatoria con el 32.5 % y con menor porcentaje se encuentran aquellos con maestría la cual representa solo el 0.3% del total.

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

Ultimo grado terminado	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	4.7 %
Secundaria	144	37.4 %
Preparatoria o bachillerato	125	32.5 %
Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada	4	1.0 %
Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada	15	3.9 %
Normal de licenciatura	11	2.9 %
Licenciatura o Profesional	67	17.4 %
Maestría	1	.3 %
Total	385	100.0 %

Gráfica 5. Distribución por nivel de escolaridad



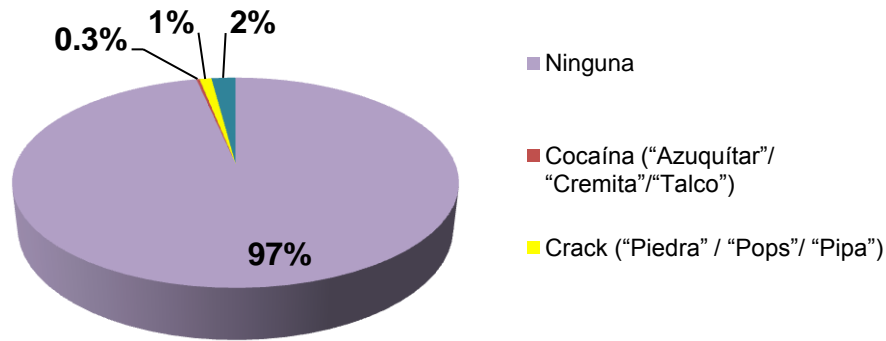
Uso de drogas: En la tabla 22 y en la gráfica 6 se muestra el uso de drogas en los últimos 3 meses, donde el 96.6% de los participantes aseguro no utilizar ningún tipo de droga, el 2.1% refirió utilizar Marihuana, el 1% Crack y el 0.3% Cocaína.

TABLA 22. USO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

Tipo de droga	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	372	96.6 %
Cocaína (“Azuquítar” / “Cremita”/“Talco”)	1	.3 %
Crack (“Piedra” / “Pops” / “Pipa”)	4	1.0 %

Marihuana (“Canabis”/ ”Mostaza”/ “Porro”/” Mota”/ “Yerba”/ “Juanita”)	8	2.1 %
Total	385	100.0 %

Grafica 6. Uso de drogas en los últimos 3 meses

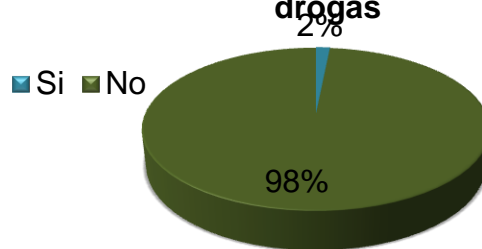


Uso compartido de jeringuillas al utilizar drogas: En la tabla 23 y en la gráfica 7 se muestra el uso compartido de jeringuillas para usar drogas en algún momento de su vida, donde el 1.6% de los participantes respondieron si haber compartido jeringas para drogarse, el 98.4% respondió nunca haberlo hecho.

TABLA 23. USO COMPARTIDO DE JERINGUILLAS AL UTILIZAR DROGAS

Uso compartido de jeringuillas	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	1.6 %
No	379	98.4 %
Total	385	100.0 %

Grafica 7. Uso compartido de jeringuillas al utilizar drogas



Uso de bebidas alcohólicas: En la tabla 24 y en la gráfica 8 se muestra el uso de bebidas alcohólicas de acuerdo a la frecuencia de consumo, donde el 42.1% de los participantes respondieron consumir bebidas alcohólicas varias veces al año, el 32.7% no consume alcohol y solo el 3 % lo hace varias veces a la semana.

TABLA 24. USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Periodicidad	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	126	32.7 %
Varias veces a la semana	12	3.1 %
Varias veces al mes	85	22.1 %
Varias veces al año	162	42.1 %
Total	385	100.0 %



Prueba de anticuerpos VIH y resultado: En la tabla 25 y en la gráfica 9 se muestra el número de participantes que se han hecho la prueba de VIH alguna vez en su vida, donde el 49.6 % respondió si haberse hecho alguna vez la prueba, y el 50.4% contesto nunca habérsela realizado. En la tabla 26 y en la gráfica 10 se muestra el resultado de los 191 participantes que contestaron si haberse realizado la prueba, donde se observa que el 94.7% obtuvo un resultado negativo, el 5.3% desconoce su resultado y el 0% resultado positivo.

TABLA 25. PRUEBA DE VIH

Realización de prueba	Frecuencia	Porcentaje
Si	191	49.6 %
No	194	50.4 %
Total	385	100.0 %

Grafica 9. Realizacion de prueba de anticuerpos al VIH

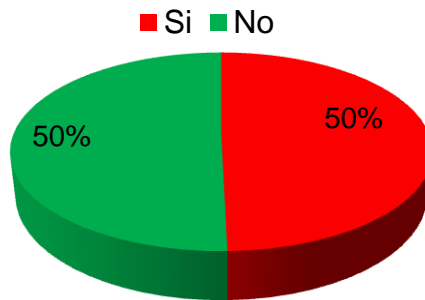
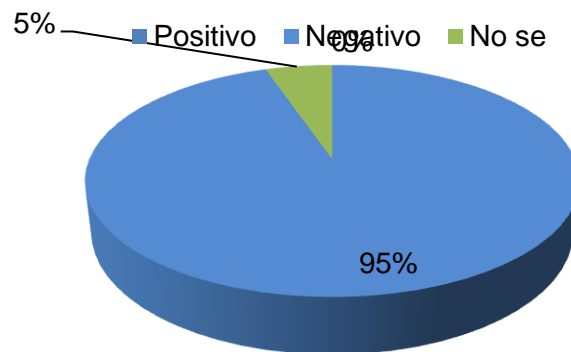


TABLA 26. RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH

	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	0	0%
Negativo (no reactivo)	181	94.7 %
No sé	10	5.3 %
Total	191	100.0 %

Grafica 10. Resultado de la prueba de anticuerpos al VIH



Reclutamiento y retención

En esta sección se les pregunto a los participantes sobre si les gustaría participar en actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA como parte de una intervención futura, la cual consistirá en otorgar pláticas sobre los temas donde obtuvieron puntuaciones más bajas a lo que respondieron lo siguiente:

Participación: En la tabla 27 se muestra el resultado de a cuantos participantes les gustaría participar en actividades educativas, donde el 69.4% de los participantes respondió que si le gustaría participar y el 30.6% respondió que no. En la tabla 28 se muestra el tiempo máximo que estarían dispuestos a asistir, donde el 90.6% respondió que solo 1 hora. En la tabla 29 se muestra si estarían dispuestos a asistir varios días a la semana donde el 71.5% respondió que sí.

TABLA 27. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Participación	Frecuencia	Porcentaje
Si	267	69.4 %
No	118	30.6 %
Total	385	100.0 %

TABLA 28. MÁXIMO DE HORAS QUE ESTARÍAS DISPUESTO/A A ASISTIR

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Una hora	242	90.6 %
Dos horas	24	9 %
Tres horas	1	0.4 %
Total	267	100.0 %

TABLA 29. ASISTIRÍAS A VARIAS PLÁTICAS EN DÍAS DIFERENTES

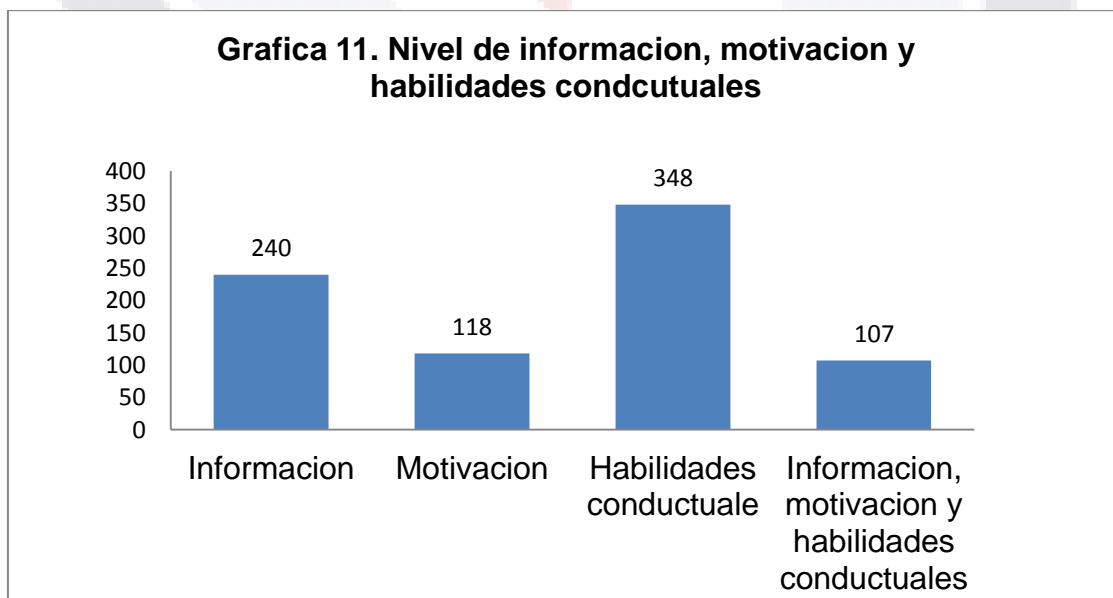
Varios días	Frecuencia	Porcentaje
Si	191	71.5 %
No	76	28.5%
Total	267	100.0

Análisis de resultados del “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)”

A continuación se describen los resultados del “Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)” versión final, el cual se aplicó a un total de 385 participantes donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA

El nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para el VIH/SIDA se determinó de acuerdo a los resultados obtenidos en los 3 componentes, sumándose únicamente los que obtuvieron un nivel suficiente de información sobre el VIH/SIDA, un alto nivel de motivación y un alto nivel de habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo para el VIH/SIDA, observándose que 240 participantes (62.3%) tienen un nivel suficiente de conocimiento, 118 participantes (30.6%) poseen un nivel alto de motivación y 348 participantes (90.4%) un alto nivel de habilidades conductuales, sin embargo al sumar los resultados de los 3 componentes se observó que solo 107 participantes (27.79%) tienen un nivel suficiente de conocimiento, un alto nivel motivacional y altas habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo para el VIH/SIDA lo cual se muestra en la gráfica 11.



Nivel de información sobre el VIH/SIDA

El nivel de información se determinó con la sumatoria únicamente de las calificaciones de acuerdo al punto de corte marcadas como suficientes o adecuadas de las dimensiones de conocimiento y toma de decisiones sexuales.

Para la dimensión de conocimiento el puntaje mínimo obtenido fue de 3 puntos, y el puntaje máximo de 15 puntos, donde se observó que 314 participantes (81.6 %) de acuerdo al punto de corte tienen un nivel suficiente de conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA, caso contrario en los restantes 71 participantes (18.4 %) los cuales tienen un nivel deficiente de conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA. **Tabla 30.**

TABLA 30. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN CONOCIMIENTO

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Nivel suficiente	314	81.6 %
Nivel insuficiente	71	18.4 %
Total	385	100.0 %

Para la dimensión toma de decisiones sexuales el puntaje mínimo obtenido fue de 4 puntos y el puntaje máximo de 20 puntos, donde se observó que 273 participantes (70.9 %) de acuerdo al punto de corte aplican adecuadamente su conocimiento sobre el VIH/SIDA para tomar decisiones sexuales y 112 participantes (29.1 %) aplican inadecuadamente su conocimiento sobre el VIH/SIDA para la toma de decisiones.

Tabla 31.

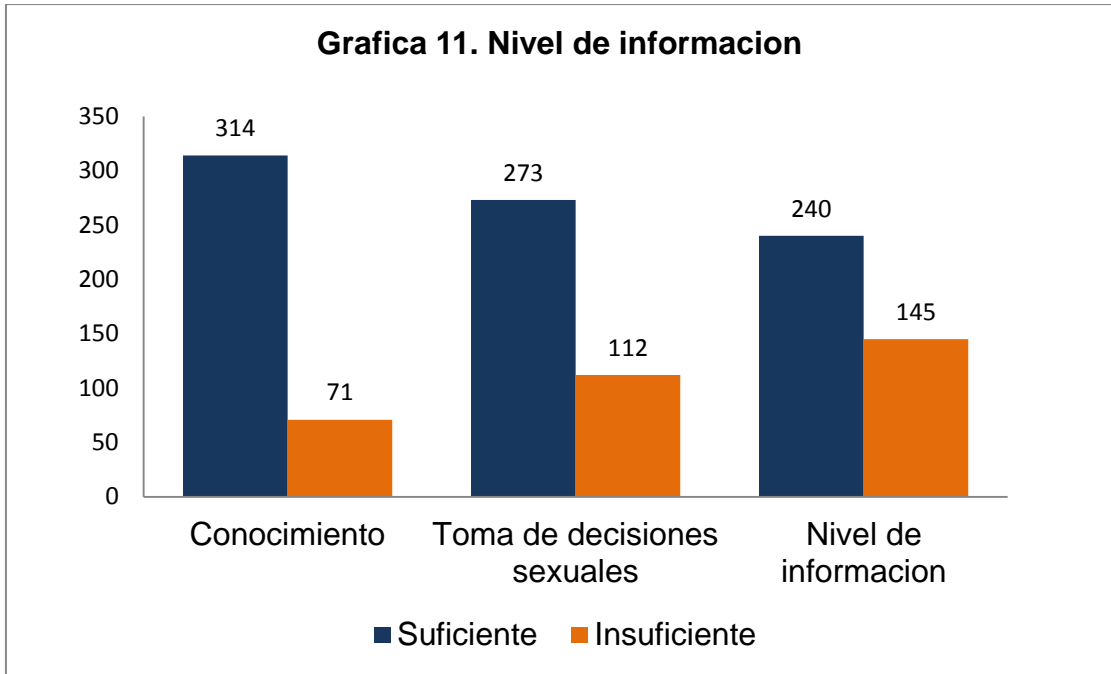
TABLA 31. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN DECISIONES SEXUALES

Toma de decisiones	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	273	70.9 %
Inadecuada	112	29.1%
Total	385	100.0 %

En la tabla 32 y en la gráfica 11 se muestra el total de los participantes que obtuvieron un nivel suficiente en la dimensión de conocimiento y un nivel adecuado en la dimensión toma de decisiones sexuales de acuerdo al punto de corte, así como la sumatoria de las puntuaciones aprobatorias de ambas dimensiones la cual determina el nivel de información, donde se observó que 240 participante (62.3%) poseen un nivel suficiente de información.

TABLA 32. NIVEL DE INFORMACIÓN

Dimensión "Conocimiento"		Dimensión "Toma de decisiones sexuales"		Nivel de información	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente	+	Adecuada	=	Suficiente	240	62.3 %
Insuficiente	+	Inadecuada	=	Insuficiente	145	37.7 %
		Total			385	100.0 %



Nivel de motivación para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA

El nivel de motivación se determinó por los resultados obtenidos con la sumatoria únicamente de las calificaciones de acuerdo al punto de corte marcadas como altas de las dimensiones de actitud hacia la masturbación, actitud hacia el uso del condón masculino, creencias sobre la sexualidad masculina y apoyo social para el uso del condón y la masturbación.

Para la dimensión de actitud hacia la masturbación el puntaje mínimo obtenido fue de 4 puntos, y el puntaje máximo de 20 puntos, donde se observó que 309 participantes (80.3%) de acuerdo al punto de corte tienen un nivel alto de actitudes positivas hacia la masturbación, contrario en los restantes 76 participantes (19.7 %) los cuales tienen un nivel bajo de actitudes positivas hacia la masturbación **Tabla 33.**

TABLA 33. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN ACTITUDES HACIA LA MASTURBACION

Actitud hacia la masturbación	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de actitud positivo alto	309	80.3 %
Nivel de actitud positivo bajo	76	19.3 %
Total	385	100.0 %

Para la dimensión de actitud hacia el uso del condón masculino el puntaje mínimo obtenido fue de 3 puntos y el puntaje máximo de 15 puntos, donde se observó que 301 participantes (78.2 %) de acuerdo al punto de corte tienen un nivel alto de actitudes positivas hacia el uso del condón masculino y 84 participantes (21.8 %) tienen un nivel bajo de actitudes positivas hacia el uso del condón masculino. **Tabla 34.**

TABLA 34. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDON

Actitud hacia el condón masculino	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de actitud positivo alto	301	78.2 %
Nivel de actitud positivo bajo	84	21.8 %
Total	385	100.0 %

Para la dimensión creencias sobre la sexualidad masculina el puntaje mínimo obtenido fue de 3 puntos y el puntaje máximo de 15 puntos, donde se observó que 256 participantes (66.5 %) de acuerdo al punto de corte tienen un alto nivel de creencias correctas sobre la sexualidad masculina y 129 participantes (33.5 %) tienen un bajo nivel de creencias correctas sobre la sexualidad masculina. **Tabla 35.**

TABLA 35. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD MASCULINA

Creencias correctas	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto	256	66.5 %
Nivel bajo	129	33.5 %
Total	385	100.0 %

Para la dimensión de apoyo social para el uso del condón y la masturbación el puntaje mínimo obtenido fue de 6 puntos y el puntaje máximo de 48 puntos, donde se observó que 174 participantes (45.2 %) de acuerdo al punto de corte tienen un alto nivel de acceso al apoyo social y 211 participantes (54.8 %) tienen un bajo nivel de acceso al apoyo social para la aplicación de estrategias preventivas. **Tabla 36.**

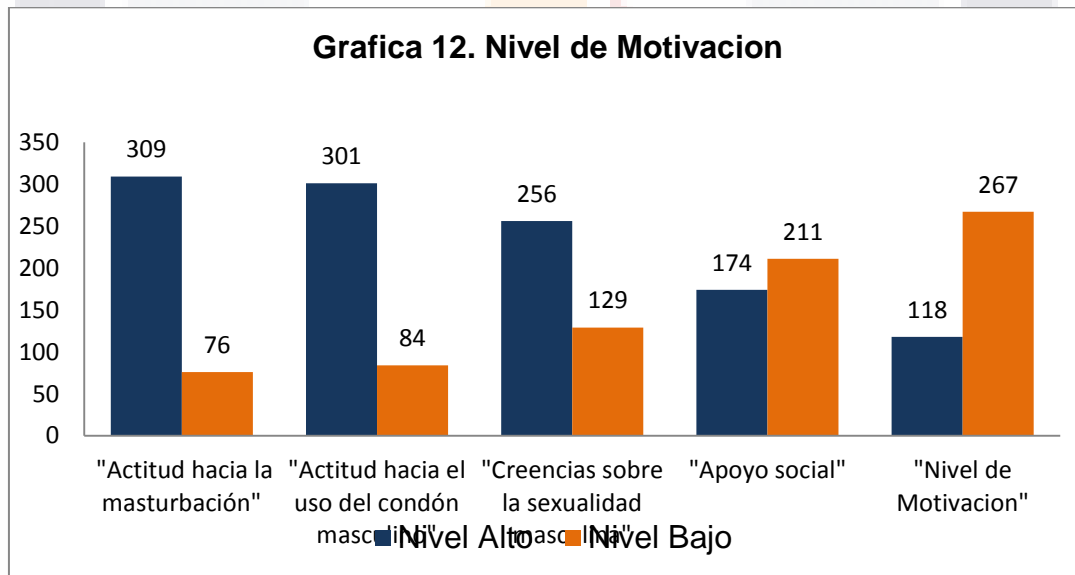
TABLA 36. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN APOYO SOCIAL PARA EL USO DEL CONDÓN Y LA MASTURBACION

Apoyo social	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de acceso alto	174	45.2 %
Nivel de acceso bajo	211	54.8 %
Total	385	100.0 %

Por lo tanto los participantes que obtuvieron un nivel de actitud alto en la dimensión de Actitud hacia la masturbación, un nivel de actitud alto en la dimensión de Actitud hacia el uso del condón masculino, un nivel alto de creencias correctas en la dimensión de creencias sobre la sexualidad masculina, y un nivel de acceso alto al apoyo social en la dimensión Apoyo social para el uso del condón y la masturbación, fue de 118 participantes, lo que indica que solo el 30.6% de la población encuestada posee un nivel adecuado de motivación al tener puntuaciones adecuadas en las 4 dimensiones. **Tabla 37.**

TABLA 37. NIVEL DE “MOTIVACIÓN”

Dimensión “A. Masturbación”	Dimensión “A. Condón masculino”	Dimensión “Creencias S.M”	Dimensión “Apoyo Social”	Nivel de motivación	F	P		
Alto	+	Alto	+	Alto	+	Alto = Alto	118	30.6 %
Bajo	+	Bajo	+	Bajo	+	Bajo = Bajo	267	69.4 %
Total							385	100.0 %



Nivel de habilidades conductuales para evitar comportamientos de riesgo para VIH/SIDA

El nivel de habilidades conductuales se determinó con la sumatoria únicamente de las calificaciones de acuerdo al punto de corte marcadas como de bajo riesgo para la dimensión de relaciones sexuales y las marcadas como nivel alto para la dimensión de autoeficacia para la negociación sexual.

Para la dimensión de relaciones sexuales el puntaje mínimo obtenido fue de 1 punto, y el puntaje máximo de 40 puntos, donde se observó que 372 participantes (96.6 %) de acuerdo al punto de corte tienen un alto nivel para llevar a cabo relaciones sexuales de bajo riesgo y 13 participantes (3.4 %) tienen un alto nivel para llevar a cabo relaciones sexuales de alto riesgo. **Tabla 38.**

TABLA 38. RESULTADO DE LA DIMENSIÓN RELACIONES SEXUALES

Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo riesgo	372	96.6 %
Alto riesgo	13	3.4 %
Total	385	100.0 %

Para la dimensión de Autoeficacia para la negociación sexual el puntaje mínimo obtenido fue de 6 puntos y el puntaje máximo de 30 puntos, donde se observó que 361 participantes (93.8 %) de acuerdo al punto de corte tienen un nivel alto de autoeficacia para la negociación sexual y 24 participantes (6.2 %) un nivel bajo. **Tabla 39.**

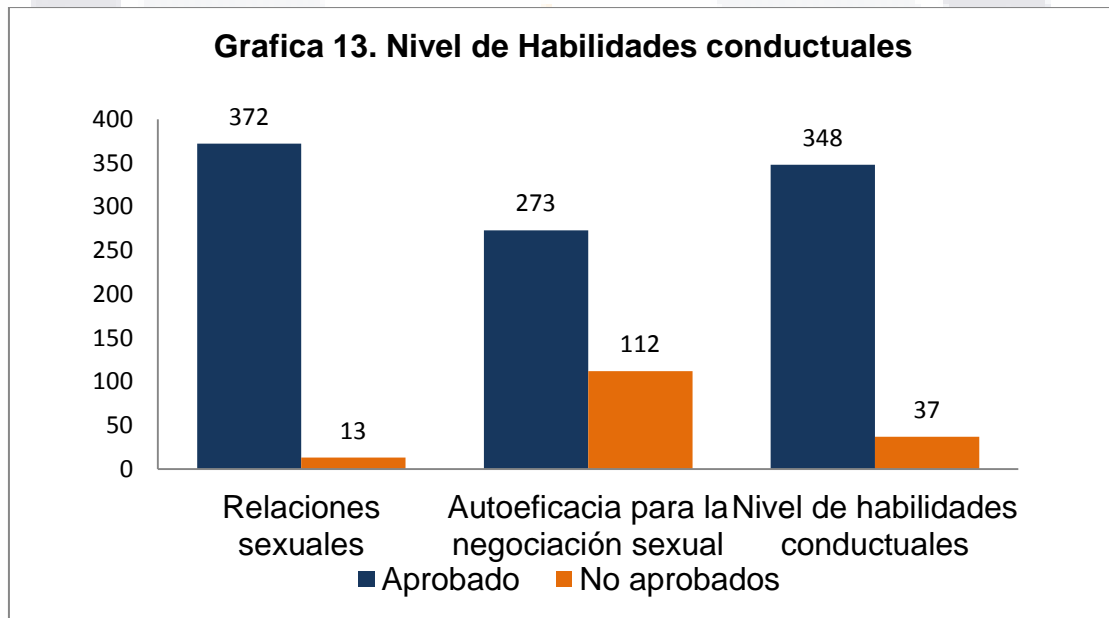
TABLA 39. RESULTADO DE LA DIMENSION NEGOCIACION SEXUAL

Autoeficacia	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto	273	70.9 %
Nivel bajo	112	29.1%
Total	385	100.0 %

En la tabla 40 y en la gráfica 13 se muestra el total de los participantes que obtuvieron un bajo riesgo en la dimensión de Relaciones sexuales y un nivel alto en la dimensión de Autoeficacia para la negociación sexual de acuerdo al punto de corte, así como la sumatoria de las puntuaciones aprobatorias de ambas escalas la cual determina el nivel de habilidades conductuales, donde se observó que 348 participante (90.4%) poseen un nivel suficiente de habilidades conductuales.

TABLA 40. NIVEL DE HABILIDADES CONDUCTUALES

Dimensión "Relaciones sexuales"	Dimensión "Autoeficacia para la negociación sexual"	Nivel de Habilidades conductuales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo riesgo +	Alta	= Suficientes	348	90.4 %
Alto riesgo +	Baja	= Insuficientes	37	9.6 %
Total			385	100.0 %



13. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante la realización del estudio se cumplió con todos los objetivos propuestos, donde el objetivo general fue determinar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva (18-64 años) adscritos a la unidad de medicina familiar número 1, delegación Aguascalientes, así como realizar la adaptación cultural y validación del Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E) al español de México.

Para la adaptación cultural, al tratarse de un instrumento cuya versión se encontraba en español, únicamente se procedió a trasladar a vocabulario coloquial por parte de un especialista en lingüística, posteriormente se consolidó por un panel de expertos con un 100% de acuerdo entre ellos y se obtuvo como resultado una versión del cuestionario con equivalencia de contenido y culturalmente adaptado a la población mexicana.

Para la validación del instrumento, se procedió a realizar validez de contenido por un panel de expertos, donde se eliminó cerca del 50% de los ítems mediante la técnica Delphi y la aplicación del índice de validez de contenido de Lawshe, obteniendo un instrumento 94 ítems.

La validez aparente se realizó con 3 grupos focales, donde se corroboró el entendimiento del 100% de los ítems, donde ninguno requirió modificación en su contenido o respuesta.

La validez de constructo se realizó con un análisis factorial exploratorio donde solamente se analizaron 80 ítems (divididos en 9 dimensiones) y se excluyeron los que median datos sociodemográficos y de reclutamiento y retención (14 ítems), eliminándose aquellos ítems con un eigenvalor <0.4 , determinándose únicamente 8 dimensiones, ya que se tuvo que eliminar la dimensión de Creencias sobre la sexualidad femenina por no cumplir con un mínimo de 3 ítems, el resto de dimensiones explicaban más 10% de la varianza y la varianza total del instrumento fue mayor de 70%, con índice KMO de .808 que indicaba un tamaño de muestra

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adecuado y una prueba de esfericidad de Bartlett $p=0.000$ que indica la matriz de datos era válida para continuar con el proceso de análisis factorial confirmatorio, el cual se realizó calculándose los índices de bondad de ajuste (RMSEA, CFI, TLI y SRMR) los cuales fueron satisfactorios después de realizar algunas modificaciones al modelo inicial arrojando un instrumento final de 40 ítems.

La validez de criterio se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson donde el 100% de los ítems tenían un valor *de* -1.00 a $+1.00$ siendo significativos.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante la consistencia interna aplicando el coeficiente alpha de Cronbach el cual presento un valor de 0.814, lo que indica es un instrumento confiable.

En cuanto a las características sociodemográficas, el promedio de edad de los participantes fue de 36 años, con edades desde los 18 hasta los 64 años, predominando el grupo etario de 21 a 30 años, en cuanto al género predominio las mujeres con el 66.5%, el 50 % de los participantes estaban casados legalmente, cerca del 90% mantenía en una relación de pareja estable durante los últimos 6 meses, así como relaciones sexuales con dicha pareja, la escolaridad secundaria fue la que se observó con mayor frecuencia, solo el 4% refirió el uso de drogas en los últimos 3 meses y el 2% haber compartido alguna vez en su vida jeringuillas para drogarse. Cerca del 70% refirió consumo de bebidas alcohólicas en mayor o menor frecuencia y por último el 50% de los participantes se había realizado alguna vez la prueba de anticuerpos para el VIH donde el 95 % respondió haber obtenido un resultado negativo y el resto desconocía el resultado de la prueba.

La determinación del nivel de información, motivación y habilidades conductuales se obtuvo de acuerdo a los resultados obtenidos en cada uno de los componentes por separado, donde primero se obtuvo el nivel de información donde el 62.3% de los participantes respondió correctamente sobre la transmisión y prevención del VIH y demostró una correcta aplicación su conocimiento sobre el mismo para la toma de decisiones sexuales, representado niveles suficientes de información, para el nivel de motivación se observó que para las dimensiones de actitud hacia la masturbación y el uso del condón masculino el tener una menor edad favorecía puntuaciones más altas,

en la dimensión de apoyo social para la masturbación y el uso del condón masculino se observó que a mayor edad y menor escolaridad se tenía un menor nivel de acceso. Por último en el nivel de habilidades conductuales se observó que el estar en una relación monógama favorecía a relaciones sexuales de bajo riesgo, además el 70% de los participantes respondió tener un alto nivel de autoeficacia para la negociación sexual lo cual favoreció a mayores habilidades conductuales. Finalmente se encontró un porcentaje bajo de participantes (27.79%) que cumplían satisfactoriamente con niveles adecuados en los 3 componentes, viéndose mayormente afectado por el componente de motivación, donde la dimensión de apoyo social para el uso del condón masculino y la masturbación obtuvo puntuaciones bajas, lo cual generó un alto impacto en la determinación global del instrumento.

14. CONCLUSIONES

Se logró de forma adecuada un instrumento adaptado culturalmente, válido y confiable en la población mexicana para determinar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para el VIH/SIDA, basado en la versión original del instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E), lo que favorecerá en la aplicación de intervenciones futuras para lograr cambios en el comportamiento de riesgo para el VIH/SIDA.

La utilización de este instrumento permitió realizar la primera fase del modelo IMB, determinando en la población de interés el nivel existente de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, para posteriormente de acuerdo a esos resultados crear una intervención altamente efectiva para producir cambios en el conocimiento, motivación y habilidades de conductuales y lograr un cambio en el comportamiento de riesgo.

Los resultados obtenidos en este estudio arrojan que la población estudiada aun presenta déficit en el conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA, que aunque la mayoría de los participantes respondió de forma adecuada no se observó más del 65% de niveles suficientes de información, también se observó que solo el 45% de los participantes cuenta con apoyo social para el uso del condón masculino y para la práctica de la masturbación mutua como medida de protección

frente al VIH/SIDA, por lo que será necesario crear una intervención futura y trabajar mayoritariamente en estos 2 aspectos.

15. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio se observó que durante la validez de constructo, al realizar el análisis factorial exploratorio se eliminó una dimensión del componente de motivación, por lo que se recomienda que si se desea utilizar nuevamente este instrumento se realice otra vez la validación y fiabilidad revisando profundamente los constructos teóricos por dimensión.

16. GLOSARIO

Comportamiento de riesgo: Son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede originar consecuencias nocivas. Son múltiples, pueden ser biopsicosociales y atribuibles a diferentes características propias como la edad. (14)

Habilidades del comportamiento: Habilidades objetivas para evitar actos de riesgo específicos contra el SIDA y la autoeficacia para representar tales comportamientos.(5)

Motivación: Se refiere a las actitudes personales para evitar el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA y supuestos normativos pensados para evitar tales comportamientos.(5)

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana, el cual infecta las células de sistema inmune, logrando una función deficiente con deterioro progresivo del mismo. (37)

SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (37)

17. BIBLIOGRAFIA

1. Abdulghani N, González E, Manzardo C, Casanova JM, Pericás JM. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria. 2020;27(3):63–74.
2. Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Cierre de 2019* [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf
3. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. [citado el 26 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
4. Kaufman MR, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care: Practical recommendations for a multi-level approach. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66(SUPPL.3):250–8.
5. Fisher JD, Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS - Risk Behavior Changing AIDS-Risk Behavior. 1992;
6. Fisher JD, Fisher WA, Williams SS, Malloy TE. Empirical Tests of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS-Preventive Behavior With Gay Men and Heterosexual University Students. Heal Psychol. 1994;13(3):238–50.
7. Bazargan M, Kelly EM, Stein JA, Husaini BA, Bazargan SH. Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: the effect of HIV knowledge, motivation, and behavioral skills. J Natl Med Assoc. 2000;92(8):391–404.
8. Kalichman SC, Picciano JP, Roffman RA. Motivation to reduce HIV risk behaviors in the context of the Information, Motivation and Behavioral Skills (IMB) model of HIV prevention. J Health Psychol. 2008;13(5):680–9.
9. Santiago-Rivas M, Pérez-Jiménez D. Modeling HIV prevention strategies among two Puerto Rican samples. Interam J Psychol. 2009;43(2):333–9.
10. Bahrami Z, Zarani F. Application of the Information-Motivation and Behavioral Skills (IMB) model in risky sexual behaviors amongst male students. J Infect Public Health [Internet]. 2015;8(2):207–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2014.09.005>
11. Wilkerson JM, Rhoton JM, Li D, Rawat SA, Patankar P, Rosser BRS, et al.

Information, Motivation, and Self-Efficacy Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in the State of Maharashtra, India. *Heal Educ Behav.* 2019;46(2):304–11.

12. comportamiento | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/comportamiento>
13. Significado de Riesgo (Qué es, Concepto y Definición) - Significados [Internet]. [citado el 6 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/riesgo/>
14. Francisca Corona H, Eldreth Peralta V. Prevención de conductas de riesgo. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2011;22(1):68–75.
15. VIH/sida [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
16. EMEI | Vías de transmisión del VIH y conductas de riesgo [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://epidemiologiamolecular.com/vias-transmision-vih-conductas-de-riesgo/>
17. Pal-Hegedus C. Comportamientos de alto riesgo en el SIDA. *Rev méd Costa Rica.* 1990;145–8.
18. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. *Soc Psychol Found Heal Illn.* 2009;82–106.
19. Fisher JD, Fisher WA. Theoretical Approaches to Individual-Level Change in HIV Risk Behavior. 2000;3–55.
20. Fisher WA, Fisher JD. Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method. *Annu Rev Sex Res.* 1998;9(February):39–76.
21. Fisher WA, Fisher JD, Rye BJ. Understanding and Promoting AIDS-Preventive Behavior: Insights From the Theory of Reasoned Action. *Heal Psychol.* 1995;14(3):255–64.
22. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval Program Plann.* 1990;13(1):9–17.
23. VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-

47622005000300007

24. La Importancia del Conocimiento en la toma de decisiones | Autoconocimiento | Al-Islam.org [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.al-islam.org/es/autoconocimiento-mohammad-ali-shomali/la-importancia-del-conocimiento-en-la-toma-de-decisiones>
25. Naranjo Pereira ML. Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Rev Educ.* 2009;33(2):153.
26. Mateo Soriano M. La motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. *Proy Soc Rev Relac laborales.* 2001;(9):163–84.
27. Villamarín Cid F, Juárez Martínez O. Predictores psicológicos del comportamiento sexual seguro en la prevención de la infección por el VIH. *Rev Psicol la salud.* 2002;14(2):81.
28. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):57–66.
29. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F B-FM. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186–91.
30. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):63–72.
31. ALEXANDRE, N. M. C. Y GUIRARDELLO EDB. Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(2):109–11.
32. Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol.* 1995. p. 61–3.
33. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validation of questionnaires. *Reumatol Clin.* 2009;5(4):171–7.
34. Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOLA Project approach. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):953–9.
35. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported

- outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2010;63(7):737–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
36. Maite BarriosAntoni Cosculluela. *Fiabilidad*. PID_00198628. 2013;
 37. Hidalgo Loperena H, Rivera Benitez C. *Diagnostico y referencia oportuna del paciente con VIH en el primer nivel de atención*. 2008;
 38. ONUSIDA [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
 39. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
 40. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
 41. *Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y sida | Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida | Gobierno | gob.mx* [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
 42. Secretaría de Salud, CENSIDA. *Informe nacional de monitoreo de compromisos y objetivos para poner fin al sida (Informe GAM)*. 2018;1–202. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/374632/Informe_GAM_Mex2018.pdf
 43. Onusida. *Estrategia ONUSIDA 2016-2021*. 2016.
 44. Instituto Mexicano Del Seguro Social. *Política de Privacidad y Manejo de Datos Personales* [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/politicaprivacidad.pdf>
 45. *Población derechohabiente adscrita (PDA) | Datos Abiertos IMSS* [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://datos.imss.gob.mx/group/población-derechohabiente-adscrita-pda>
 46. Coates TJ, Richter L, Caceres C. *Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better*. *Lancet*. 2008;372(9639):669–84.
 47. L Perkins E, Stennis KB, Spriggs Lecture VT, Kwegyir-Afful EA, Prather A. *Is Knowledge Enough? Considering HIV/AIDS Risk Behaviors and HIV/AIDS*

- Knowledge With African American Women. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014;3(3):1–5.
48. Fisher CM. Are information, motivation, and behavioral skills linked with HIV-related sexual risk among young men who have sex with men? *J HIV/AIDS Soc Serv*. 2011;10(1):5–21.
 49. Pérez-Jiménez, D. , Varas-Díaz, N. , Serrano-García, I., Cintrón-Bou, F. N. & Cabrera-Aponte M del C. Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E). San Juan, Puerto Rico Inst Investig Psicológica, Univ Puerto Rico. 2004;
 50. Del Carmen Cabrera-Aponte M, Pérez-Jiménez D, Serrano-García I, Varas-Díaz N. [Gender and Sexual Practices: Their Role in the Prevention of HIV/AIDS.]. *Cienc Conducta [Internet]*. 2009 [citado el 2 de abril de 2020];24(1):1–20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25264431>
 51. Pérez-Jiménez D, Orengo-Aguayo RE. Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Rev Puertorriquena Psicol [Internet]*. julio de 2012 [citado el 2 de abril de 2020];23(2):48–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24575164>
 52. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2015;28(3):547–58.
 53. Salgado MV, Guaderrama AIM, Arroyo JC, Benavides LEC. Validez De Contenido De Un Instrumento De Medicion Para Medir El Liderazgo Transformacional/Content Validity of a Measuring Instrument for Transformational Leadership. *Rev Glob Negocios [Internet]*. 2016;4(1):35–45. Disponible en: http://search.proquest.com/docview/1688911713?accountid=10297%5Cnhttp://sfx.cranfield.ac.uk/cranfield?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=unknown&sid=ProQ:ProQ:a biglobal&atitle=VALIDEZ+DE+CONTENIDO+DE+UN+INSTRUMENTO+DE+ME DIC
 54. Calvente MMG, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud : diseño y puesta en práctica. 2000;25.
 55. Lawshe CH. A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY ^ . 1975;(1):563–75.

56. Bioética RC De. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev Colomb Bioética. 2011;6(1):125–44.
57. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. LEY GENERAL DE SALUD. 1984.



18. ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Concepto	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
1.-Datos sociodemográficos: Características biológicas, socioeconómicas y culturales presentes en la población de estudio.	Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista.	Número de años cumplidos	Cuantitativa	1. ¿Cuál es tu edad?
	Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres	Fenotipo	Cuantitativa nominal dicotómica: 1.Hombre 2.Mujer	2. ¿Cuál es tu género?
	Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con el matrimonio.	Vínculos con respecto a la relación de pareja	Cualitativa Nominal: 1. Casado/a legalmente 2. Divorciado/a 3. Soltero/a 4. Viudo/a 5. Unión libre	4. ¿Cuál es tu estado civil?
	Relación de pareja: vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Durabilidad de la relación de pareja.	Cuantitativa nominal dicotómica: 1.Si 2.No	5. ¿Has tenido la misma pareja principal durante los pasados seis meses?
	Relaciones sexuales: conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.	Actividad sexual.	Cuantitativa nominal dicotómica: 1.Si 2.No	6. ¿Has tenido relaciones sexuales con esa pareja durante los pasados seis meses?

Concepto	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación.....	<p>Escolaridad: Ultimo grado escolar aprobado dentro del sistema educativo nacional</p>	Grado de estudios concluidos	<p>Cualitativa Nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria o bachillerato 5. Normal básica 6. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 7. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 8. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 8. Normal de licenciatura 9. Licenciatura o Profesional 10. Maestría 11. Doctorado 	<p>10. ¿Cuál fue el último grado académico que completaste?</p>
	<p>Drogadicción: consumo recurrente, abusivo y autodestructivo de sustancias de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno, con graves consecuencias para la salud.</p>	Consumo de drogas	<p>Cuantitativa nominal dicotómica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>15. En los últimos tres meses, ¿has utilizado alguna de las siguientes drogas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cocaína("Azuquítar"/ "Cremita"/"Talco"). 2. Heroína ("Tecata" / "Manteca"/ "Caballo". 3. Crack ("Piedra" / "Pops"/ "Pipa"). 4. Marihuana ("Canabis"/ "Mostaza"/ "Porro"/ "Mota"/ "Yerba"/ "Juanita")e. 5. Metadona ("Buche") 6. Extasis ("Rola", "X", "Love Pill"/ "M"

Concepto	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación...		Uso compartido de jeringuillas	Cuantitativa nominal dicotómica: 1. Si 2. No	17. ¿Alguna vez compartiste jeringuillas con otras personas para usar drogas?
	Alcoholismo: adicción que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física y psicológica.	Uso de bebidas alcohólicas	Cualitativa nominal: 1. Nunca (Si contestas Nunca pasa a la pregunta #23) 2. Todos los días 3. Varias veces a la semana 4. Varias veces al mes. 5. Varias veces al año.	18. ¿Cuán a menudo ingieres bebidas alcohólicas?
	Prueba de detección VIH: Prueba que detecta los anticuerpos contra el VIH en la sangre o en otro tipo de muestra.	Realización de la prueba de VIH	Cualitativa nominal dicotómica: 1. Sí 2. No (Si contestas 3. No pasa a la pregunta 26)	22. ¿Te has hecho alguna vez la prueba de anticuerpos al VIH (prueba del VIH)?
		Resultado de la prueba de VIH.	Cualitativa nominal: 1. Positivo (reactivo) 2. Negativo (no reactivo) 3. No sé	23. El resultado de la prueba en esa ocasión fue:

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
<p>Modelo de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo aplicado a VIH/SIDA:</p> <p>Modelo basado en 3 determinantes: la información, la motivación y las habilidades conductuales en el comportamiento de riesgos para contraer VIH/SIDA, y consiste en 3 fases: Primero, determinar el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA, segundo: sobre estos datos crear intervenciones para aumentar la información, mejorar la motivación y las habilidades conductuales y lograr cambios en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA. Finalmente, una evaluación para determinar si la intervención ha producido cambios a corto y largo plazo en los 3 determinantes fundamentales.</p>	<p>Información</p> <p>Se refiere al conocimiento básico en relación con la transmisión del VIH/SIDA</p>	<p>Conocimiento:</p> <p>Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón.</p> <p>Es un hecho que no representa duda.</p>	<p>Transmisión del VIH/SIDA:</p> <p>Forma en la que se adquiere el VIH/SIDA</p>	<p>Conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <p>-Definitivamente cierto.</p> <p>-Probablemente cierto.</p> <p>-No se falso.</p> <p>-Probablemente Falso</p>	<p>1. El VIH puede transmitirse a través de la saliva.</p> <p>2. Es posible contagiarse con el VIH al sentarse en un inodoro público.</p> <p>3. Es posible contagiarse con VIH a través del beso.</p>

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación		<p>Toma de decisiones sexuales: proceso de evaluar y elegir, por medio del conocimiento y la voluntad, una determinada opción en medio de un universo de posibilidades sobre el ejercicio de la sexualidad.</p>	<p>Protección del VIH/sida: Acción de ayuda para que una persona esté a salvo del VIH/sida.</p>	<p>Toma de decisiones sexuales para protegerse o no contra el VIH.</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definitivamente cierto -Probablemente cierto -No se falso -Probablemente falso -Definitivamente falso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si conoces a una persona muy bien, no necesitas usar condones masculinos para protegerte del VIH. 2. Si estás en una relación con una pareja principal no necesitas usar condones masculinos. 3. Es más importante usar condones masculinos con una pareja casual que con la pareja principal. 4. Si dos personas sólo tienen relaciones sexuales entre sí no necesitan usar condones masculinos para protegerse del VIH/SIDA.

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación ...	Motivación: se refiere a las actitudes personales hacia el comportamiento preventivo del VIH/SIDA y supuestos normativos (creencias y apoyo social) pensados para tal comportamiento.	Actitudes hacia la masturbación: Disposiciones, comportamientos o posturas frente a la masturbación.	Masturbación: Acción que consiste en estimular los órganos sexuales de una persona o los propios con las manos, mediante caricias, o por otro medio, para proporcionar u obtener placer sexual.	Actitud de aceptación y/o de rechazo frente a la masturbación. Representado o no un comportamiento de riesgo.	Escala tipo Likert -Totalmente de acuerdo -Parcialmente de acuerdo -Indeciso/a -Parcialmente en desacuerdo -Totalmente en desacuerdo	1. La masturbación en pareja debe terminar en penetración. 2. La masturbación hace daño. 3. Masturbar a mi pareja sexual me da vergüenza. 4. La persona que se masturba lo hace porque no tiene una pareja sexual.

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación ...		Actitudes hacia el uso del condón masculino: Disposiciones, comportamientos o posturas frente al uso del condón masculino.	Condón masculino: Funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo.	Actitud de aceptación o de rechazo frente al uso del condón masculino, representado o no un comportamiento de riesgo.	Escala tipo Likert -Totalmente de acuerdo -Parcialmente de acuerdo -Indeciso/a -Parcialmente en desacuerdo -Totalmente en desacuerdo	1. Evitaría usar condones masculinos siempre que sea posible. 2. La persona que usa un condón masculino lo hace porque es infiel a su pareja sexual. 3. El condón masculino sólo debe usarse con parejas casuales (diferentes a la pareja principal).
		Creencias sobre sexualidad masculina: Conjunto de principios ideológicos de una persona o grupo social sobre la sexualidad masculina.	Sexualidad masculina: Conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual propias del sexo masculino.	Creencias correctas o erróneas sobre la sexualidad masculina. Representado o no un comportamiento de riesgo.	Escala tipo Likert -Totalmente de acuerdo -Parcialmente de acuerdo -Indeciso/a -Parcialmente en desacuerdo -Totalmente en desacuerdo.	1. Los hombres sólo se sienten satisfechos sexualmente si hay penetración. 2. Los hombres no pueden controlar sus deseos sexuales. 3. Los hombres necesitan tener relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres.

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación ...		<p>Apoyo para el uso del condón masculino y la masturbación: Ayuda de una persona o grupo para informarte sobre el uso del condón masculino, como un comportamiento no riesgoso para VIH/SIDA</p>	<p>Condón masculino: Funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo.</p>	<p>Apoyo recibido o no, para informarte sobre el uso del condón masculino.</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siempre -Casi siempre -A veces -Casi Nunca -Nunca 	<p>¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo) ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1....te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre el uso del condón masculino para protegerte del VIH? 2....te ayudó a aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no usar condón masculino sin atacarla? 3....te dijo que apoyaría tu decisión de decir "No" a las relaciones sexuales sin condón masculino? 4....te acompañó a lugares donde puedes buscar información o materiales para mejorar tus destrezas de negociación para el uso del condón masculino? 5....te dio o te prestó materiales que pudieran ser útiles para ofrecer a tu pareja el uso del condón masculino (Ej. condones, jaleas, vibradores)?

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación...			<p>Masturbación mutua: Acción de manera recíproca entre dos o más personas, que consiste en estimular los órganos sexuales de una persona o los propios con las manos, mediante caricias, o por otro medio, para proporcionar u obtener placer sexual.</p>	<p>Apoyo recibido o no, para informarte sobre llevar a cabo la masturbación mutua.</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siempre -Casi siempre -A veces -Casi Nunca -Nunca 	<p>¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo)</p> <p>6...te ayudó a entender por qué es importante aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no practicar la masturbación mutua sin atacarla?</p>
			<p>Satisfacción del apoyo recibido sobre la información para el uso del condón masculino y la masturbación</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> -No aplica -Nada satisfecho/a -Poco satisfecho/a -Algo satisfecho/a -Bastante -satisfecho/a -Totalmente satisfecho/a 	<p>¿Cuán satisfecho/a te sentiste con el apoyo que recibiste de esa persona o grupo? Haz una marca en cada línea.</p> <p>7- Familiares</p> <p>8 -Amistades cercanas</p> <p>9 -Profesionales (consejero/a, médico/a, psicólogo/a)</p>	

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación ...	Conductas: Destrezas y habilidades necesarias para la protección de contagio frente al VIH/SIDA.	Relaciones sexuales: conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.	Pareja no principal: aquella persona con la que no se siente ligado o ligada sentimentalmente; con la cual no ha compartido por más de seis meses; y con la cual no duerme regularmente.	Número de parejas sexuales no principales	Escala tipo Likert -Ninguna (si contestaste ninguna pasa a la sección 10) -Una persona -Dos personas -Tres personas -Cuatro o más personas	1. Durante los últimos 3 meses, ¿con cuántas otras personas que no son tu pareja principal has tenido relaciones sexuales vaginales, anales u orales?
				Frecuencia y tipo de actividad sexual con la pareja no principal.	Escala tipo Likert -Todos los días -Varias veces a la semana -Varias veces al mes -Varias veces en los últimos 3 meses -Nunca (si contestaste nunca pasa a la pregunta..)	2. Durante los últimos 3 meses, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales vaginales con otras personas? 4. Durante los últimos 3 meses, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales anales con otras personas? 5. Durante los últimos 3 meses, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales orales con otras personas?

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
				Frecuencia de uso del condón en las relaciones sexuales con la pareja no principal.	Escala tipo Likert 1 Nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre	3. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales vaginales con otras personas? 6. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales orales con otras personas?
				Frecuencia de relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas con la pareja principal.	Escala tipo Likert -Todos los días -Varias veces a la semana -Varias veces al mes -Varias veces en los últimos tres meses -Al menos una vez en los últimos tres meses -Nunca	7. Durante los últimos 3 meses, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos del alcohol? 8. Durante los últimos 3 meses, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos de drogas ilegales?

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación	<p>Autoeficacia para la negociación sexual: Es la creencia en la capacidad propia de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para la negociación sexual. Representando comportamiento no riesgoso para VIH/SIDA.</p>	<p>Negociación sexual: Tratar un asunto de carácter sexual para llegar a un acuerdo o solución</p>	<p>Autoeficacia para la negociación del uso del condón masculino y la masturbación .</p>	<p>Escala tipo Likert</p> <p>- Definitivamente e puedo</p> <p>-Creo que puedo</p> <p>-No estoy seguro/a</p> <p>-Creo que no puedo</p> <p>- Definitivamente e no puedo</p>	<p>1. Puedo proponerle a mi pareja sexual usar el condón masculino.</p> <p>2. Puedo mantener mi posición de usar el condón masculino aunque mi pareja me acuse de estar dañando el momento.</p> <p>3. Puedo pedirle a mi pareja que usemos un condón masculino aunque llevemos mucho tiempo juntos.</p> <p>4. Puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino.</p> <p>5. Puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino.</p> <p>6. Puedo proponerle a mi pareja sexual masturbarnos mutuamente.</p>

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
Continuación ...	Reclutamiento: Conjunto de acciones que tiene por objetivo atraer participantes con el fin de que se incorporen a las actividades educativas.		Actividades educativas: tareas programadas en forma individual o grupal, dentro o fuera del aula de clases, con el fin de lograr los objetivos del tema.	Participación en actividades educativas.	Cualitativa nominal dicotómica 1. Sí 2. No	1. ¿Te gustaría asistir a actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA? 3. ¿Estarías dispuesto/a a asistir a varias platicas en días diferentes?
				Horas que está dispuesto a asistir.	Cualitativa nominal 1. Una hora 2. Dos horas 3. Tres horas 4. Más de tres horas 5. Todo el día	2. ¿Cuál es el máximo de horas que estarías dispuesto/a a asistir a este tipo de actividad en un día?

ANEXO B. INSTRUMENTO INICIAL

Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)

Sección 1: Datos Demográficos

Instrucciones: En este cuestionario encontrarás preguntas en las que debes escoger entre las alternativas disponibles o escribir alguna información. Por favor, lee cada una de las preguntas cuidadosamente y contéstalas de forma sincera. Selecciona sólo una alternativa a menos que en las instrucciones te indiquemos lo contrario. Si tienes alguna pregunta sobre las instrucciones o las oraciones puedes llamar a una de las personas encargadas.

1. ¿Cuál es tu edad? _____
2. ¿Cuál es tu género?
 1. Hombre
 2. Mujer
3. Te consideras:
 1. Heterosexual
 2. Homosexual
 3. Bisexual
4. ¿Cuál es tu estado civil?
 1. Casado/a legalmente
 2. Divorciado/a
 3. Soltero/a
 4. Viudo/a
 5. Convivo consensualmente (no casado legalmente)
5. ¿Has tenido la misma pareja principal durante los pasados seis meses?
 1. Sí
 2. No **(Si contestaste NO pasa a la pregunta # 7)**
6. ¿Has tenido relaciones sexuales con esa pareja durante los pasados seis meses?

1. Sí

2. No

7. ¿Cuál es tu estatus laboral?

1. Trabajo a tiempo parcial

2. Trabajo a tiempo completo

3. No tengo trabajo

8. ¿Cuál es tu profesión u oficio? _____

9. ¿Cuál es tu ingreso mensual familiar?

10. ¿Cuál fue el último grado académico que completaste?

1. Ninguno

2. Primaria

3. Secundaria

4. Preparatoria o bachillerato

5. Normal básica

6. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada

7. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada

8. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada

9. Normal de licenciatura

10. Licenciatura o Profesional

11. Maestría

12. Doctorado

11. ¿Con quién vives? (Marca todas las que apliquen)

1. Con mi pareja

2. Con mi padre

3. Con mi madre

4. Con mi(s)hermano(s)

5. Con mi(s) hijo/a(s)

6. Con mi(s) hermana(s)

7. Con mis amistades

- 8. Sólo/a
- 9. Con otras personas, Especifica: _____

12. ¿Con cuál grupo religioso te identificas?

- 1. Católicos/as
- 2. Protestantes o Evangélicos/as,
- 3. Testigos de Jehová
- 4. Cristianos/as
- 5. Ninguno
- 6. Otro, Especifica: _____

13. ¿Cuán importante es la religión para ti?

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Importante
- 4. Muy importante

14. ¿Cuán a menudo participas en actividades religiosas? (misa, celebración, catecismo, rosario, etc.)

- 1. No participo
- 2. Semanalmente
- 3. Varias veces al mes
- 4. Varias veces al año

15. En los **últimos tres meses**, ¿has utilizado alguna de las siguientes drogas?

Tipo de droga	¿Las has usado?	
	Si	No
1. Cocaína (“Azuquítar”/ “Cremita”/“Talco”)		
2. Heroína (“Tecata” / “Manteca”/ “Caballo”)		
3. Crack (“Piedra” / “Pops”/ “Pipa”)		
4. Marihuana (“Canabis”/ ”Mostaza”/ “Porro”/” Mota”/ “Yerba”/ “Juanita”)		
5. Metadona (“Buche”)		
6. Extasis (“Rola”, “X”, “Love Pill”/ “M”)		

16. ¿Te has inyectado drogas en los **últimos tres meses**?

1. Sí
2. No (Si **contestas NO** pasa a la pregunta #18)

17. ¿Alguna vez compartiste jeringuillas con otras personas para usar drogas?

1. Sí
2. No

18. ¿Cuán a menudo ingieres bebidas alcohólicas?

1. Nunca (Si **contestas Nunca** pasa a la pregunta #21)
2. Todos los días
3. Varias veces a la semana
4. Varias veces al mes
5. Varias veces al año

19. ¿Qué tipo de bebida alcohólica ingieres? Marca todas las que apliquen.

1. Cerveza
2. Vino
3. Licor fuerte (ron, ginebra, vodka, etc.)
4. Tequila
5. Otra, Específica _____

20. Cuando tomas bebidas alcohólicas, ¿qué cantidad usualmente ingieres?

1. 1 trago o lata
2. 2 tragos o latas
3. 3 tragos o latas
4. 4 tragos o latas
5. 5 o más tragos o latas

21. ¿Cuánto riesgo crees tener de contraer el VIH/SIDA?

1. Ninguno
2. Poco
3. Regular
4. Mucho

22. ¿Te has hecho alguna vez la prueba de anticuerpos al VIH (prueba del VIH)?

1. Sí
2. No (**Si contestas No pasa a la pregunta 24**)

23. El resultado de la prueba en esa ocasión fue:

1. Positivo (reactivo)
2. Negativo (no reactivo)
3. No sé

24. Si no te has hecho la/s prueba de anticuerpos al VIH o te la/s hiciste pero no conoces el resultado, ¿crees ser VIH positivo/a?

1. Sí
2. No
3. No estoy seguro/a

25. ¿Cuál fue la razón principal para hacerte la prueba del VIH? (**Marca sólo una contestación**)

1. Por curiosidad personal
2. Mi pareja me lo pidió
3. Por recomendación de mi médico/a
4. Me la solicitaron en el empleo
5. Mi médico/a me la hizo sin preguntarme
6. Otra razón, Específica: _____

Sección 2: Información sobre VIH/SIDA

Instrucciones: A continuación encontrarás varias aseveraciones relacionadas al VIH/SIDA. Para contestarlas, sólo debes marcar con una equis (**X**) cuán cierta o falsa consideras que es cada una en los espacios ubicados a su derecha. Esperamos puedas contestar cada una de las oraciones, aun cuando tengas dudas sobre la respuesta.

Aseveración	DC	PC	NS	PF	D.F
1. En la penetración vaginal sin condón masculino, el hombre es quien tiene mayor					

riesgo de contagio.					
2. La abstinencia sexual es una forma de prevenir el VIH.					
3. La penetración vaginal sin condón masculino es una de las conductas sexuales que más pone a las mujeres a riesgo de contraer el VIH.					
4. El VIH puede transmitirse a través de la saliva.					
5. La penetración anal sin condón masculino es la conducta sexual que más pone a las mujeres en riesgo de contraer el VIH.					
6. Es posible contagiarse con el VIH al sentarse en un inodoro público.					
7. Las conductas de alto riesgo son aquellas en las que se comparten fluidos corporales con alta concentración de VIH.					
8. Las transfusiones de sangre se han convertido en una práctica de bajo riesgo para el contagio del VIH.					
9. Sólo las personas homosexuales o usuarias de drogas deben preocuparse por infectarse con el VIH.					
10. Sacar el pene de la vagina antes de venirse es una manera segura de prevenir el VIH.					
11. Algunas personas se han infectado con el VIH por usar tenedores, cucharas o vasos de una persona con VIH/SIDA.					
12. Puedes saber si una persona tiene el VIH o el SIDA por su apariencia física.					
13. Tener pocas parejas sexuales nos protege del VIH.					
14. Es posible contagiarse con VIH a través del beso.					
15. Una persona puede infectarse con el VIH si come alimentos preparados por una persona con VIH/SIDA.					

* DC= Definitivamente cierto, PC= Definitivamente falso, NS= No sé, PF= Probablemente falso, DC= Definitivamente falso.

Sección 3: Toma de decisiones sexuales

Instrucciones: A continuación encontrarás unas aseveraciones relacionadas a los criterios que utilizas para tomar decisiones para protegerte del VIH/SIDA. Por favor, indícanos cuán de acuerdo o desacuerdo estás con estas aseveraciones. Marca con una equis (X) la opción que mejor refleje tu opinión sobre cada aseveración.

Aseveración	DC	PC	NS	PF	DF
1. Si amas a alguien, no necesitas preocuparte de infectarte con el VIH.					
2. Si una persona se ve saludable es poco probable que tenga VIH/SIDA.					
3. Si conoces a una persona muy bien, no necesitas usar condones masculinos para protegerte del VIH.					
4. Si estás en una relación con una pareja principal no necesitas usar condones masculinos.					
5. Es más importante usar condones masculinos con una pareja casual que con la pareja principal.					
6. Si dos personas sólo tienen relaciones sexuales entre sí no necesitan usar condones masculinos para protegerse del VIH/SIDA.					

* DC= Definitivamente cierto, PC= Definitivamente falso, NS= No sé, PF= Probablemente falso, DC= Definitivamente falso.

Sección 4: Masturbación

Instrucciones: En esta sección nos interesa conocer tu opinión hacia la masturbación individual y mutua. *Masturbación individual* significa estimular tus propios genitales (ej. pene o vulva) hasta experimentar orgasmo (venirte). Masturbación mutua es cuando tu estimulas los genitales de tu pareja y él/ella estimula los tuyos al mismo tiempo hasta experimentar orgasmo (venirse). Para las siguientes aseveraciones no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, lee cada una de las oraciones e indica en la tabla la alternativa que mejor refleja tu sincera opinión.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. La gente que se masturba disfruta más de las relaciones sexuales que las que no se masturban.					
2. La masturbación en pareja debe terminar en penetración.					
3. No me atrevo masturbar a mi pareja sexual.					
4. La masturbación hace daño.					
5. Para masturbar a mi pareja sexual debo confiar mucho en él/ella.					
6. La masturbación, en personas adultas, es una conducta que demuestra inmadurez.					
7. Me siento culpable cuando me masturbo.					

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
8. La masturbación mutua me hace sentirme más cerca de mi pareja sexual.					
9. La masturbación excesiva puede causar impotencia en los hombres.					
10. La masturbación excesiva puede causar frigidez en las mujeres.					
11. Masturbar a mi pareja sexual me da vergüenza.					
12. La masturbación en pareja facilita disfrutar más de otras prácticas sexuales.					
13. La masturbación me puede enseñar a disfrutar más mi sexualidad					
14. No me atrevo pedirle a mi pareja sexual que me masturbe					
15. Me da vergüenza cuando mi pareja me masturba.					
16. Las personas que se masturban lo hacen porque están insatisfechas con su pareja sexual.					
17. La masturbación es un pecado.					
18. La persona que se masturba lo hace porque no tiene una pareja sexual.					
19. La masturbación en personas casadas no es necesaria.					
20. Uno no debe hablar con las amistades sobre la masturbación.					
21. La masturbación no produce el mismo placer sexual que la penetración.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 5: Condón masculino

Instrucciones: Ahora nos interesa conocer tus opiniones hacia el uso del condón masculino. Para las siguientes aseveraciones no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, lee cada una de las aseveraciones e indica en la tabla la alternativa que mejor refleja tu sincera opinión.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. No me gusta la idea de usar condones masculinos.					
2. Pienso que los condones masculinos se ven ridículos.					

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
3. Los condones masculinos son cómodos.					
4. Evitaría usar condones masculinos siempre que sea posible.					
5. Usar un condón masculino interrumpe la excitación sexual.					
6. Botar un condón masculino después de usarlo es un verdadero problema.					
7. A la mayoría de las mujeres le gusta que su pareja sexual use un condón masculino.					
8. Pienso que los condones masculinos aumentan el placer sexual.					
9. Usar el condón masculino dificulta que yo disfrute de las relaciones sexuales.					
10. Usar un condón masculino es pecado.					
11. La persona que usa un condón masculino lo hace porque es infiel a su pareja sexual.					
12. El condón masculino sólo debe usarse con parejas casuales (diferentes a la pareja principal).					
13. El condón masculino debe utilizarse aunque conozcas bien a tu pareja sexual.					
14. Los condones masculinos no se rompen fácilmente.					
15. Quien lleva condones masculinos en su cartera es porque está listo/a para tener relaciones sexuales en cualquier momento.					
16. Los condones masculinos deben guardarse en un lugar donde nadie los vea.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 6: Sexualidad masculina

Instrucciones: Nos gustaría conocer las creencias que tienes sobre la sexualidad masculina. Lee las siguientes aseveraciones e indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas haciendo una equis (X) en la columna correspondiente.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. Los hombres sólo se sienten satisfechos sexualmente si hay penetración.					
2. A los hombres, la falta de una erección les causa frustración.					
3. Si un hombre quiere una relación sexual más variada que la que tiene con su pareja sexual, es aceptable que la busque fuera.					
4. Los hombres deben iniciar las relaciones sexuales.					

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
5. Los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales.					
6. A los hombres les hace daño excitarse sexualmente sin eyacular (venirse).					
7. Los hombres no pueden controlar sus deseos sexuales.					
8. Los hombres necesitan tener relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres.					
9. Un hombre de verdad es aquel que logra que cualquier mujer tenga relaciones sexuales con él.					
10. Mientras más grande el pene, más satisfecha estará la pareja.					
11. Es recomendable que los hombres tengan relaciones sexuales antes de casarse.					
12. Es responsabilidad de los hombres escoger las posiciones sexuales.					
13. Los hombres prefieren las relaciones sexuales espontáneas (no planificadas).					
14. Los hombres prefieren tener el control en las relaciones sexuales.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 7: Sexualidad femenina

Instrucciones: Nos gustaría conocer las creencias que tienes sobre la sexualidad femenina. Te solicitamos leas las siguientes aseveraciones y nos indiques si estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas haciendo una equis (X) en la columna correspondiente.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. Las mujeres prefieren los hombres con experiencia en relaciones sexuales.					
2. Las mujeres utilizan sus encantos sexuales para manipular a los hombres.					
3. A las mujeres les gustan los hombres dominantes al tener relaciones sexuales.					
4. Las mujeres deben esperar que los hombres inicien las relaciones sexuales.					
5. Las mujeres deben estar dispuestas a satisfacer sexualmente a los hombres.					
6. No se ve bien que las mujeres tengan relaciones sexuales antes de casarse.					

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
7. Para las mujeres, tener relaciones sexuales no es necesario.					
8. Para las mujeres la penetración no es necesaria para tener relaciones sexuales.					
9. Es responsabilidad de las mujeres hacer que los hombres se vengan.					
10. No se ve bien que las mujeres hablen de sus necesidades sexuales.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 8: Apoyo social para el uso del condón y la masturbación

Instrucciones: A continuación aparece una serie de preguntas cuyo objetivo es conocer qué piensas del apoyo que recibes. En esta sección encontrarás preguntas que requieren hacer una marca de cotejo en la respuesta que escojas. Por favor, lee cada una de las preguntas o aseveraciones cuidadosamente y contesta de forma sincera.

¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo) ...					
Aseveración	S	CS	AV	CN	N
1....te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre el uso del condón masculino para protegerte del VIH?					
2....te ayudó a aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no usar condón masculino sin atacarla?					
3....te ayudó a entender que negociar con tu pareja el uso del condón masculino puede resultar difícil?					
4....te habló de sus experiencias negociando el uso del condón masculino?					
5....te dijo que compartía tus preocupaciones sobre la negociación del uso del condón masculino?					
6....te dijo que apoyaría tu decisión de decir "No" a las relaciones sexuales sin condón masculino?					
7....expresó preocupación por ti cuando hablaste de tus dificultades con el proceso de negociación del uso del condón masculino?					
8....te acompañó a lugares donde puedes buscar información o materiales para mejorar tus destrezas de negociación para el uso del condón masculino?					

¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo) ...					
Aseveración	S	CS	AV	CN	N
10....te dio o te prestó materiales que pudieran ser útiles para ofrecer a tu pareja el uso del condón masculino (Ej. condones, jaleas, vibradores)?					
11....te acompañó a algún lugar donde pudieran orientarte sobre las razones para usar el condón masculino?					
12....te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre la necesidad de practicar la masturbación mutua para protegerte del VIH?					
13....te ayudó a entender por qué es importante aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no practicar la masturbación mutua sin atacarla?					
14....te ayudó a entender que negociar con tu pareja la masturbación mutua puede resultar difícil?					
15....te habló de sus experiencias de negociación sexual para practicar la masturbación mutua?					
16....te dijo que compartía tus preocupaciones sobre la negociación para practicar la masturbación mutua?					
17....expresó preocupación por ti cuando hablaste de tus dificultades con el proceso de negociar la masturbación mutua?					
18....te dio o te prestó dinero para que lo utilices en cualquier cosa que pudiera facilitar negociar la masturbación mutua?					
19....te dio o te prestó materiales que pudieran ser útiles para ofrecer a tu pareja la masturbación mutua como una alternativa de bajo riesgo (Ej. Condones, jaleas, vibradores)?					
20....te acompañó a algún lugar dónde pudieran orientarte sobre las razones para practicar la masturbación mutua?					

* S= Siempre, CS= Casi siempre, AV= A veces, CN= CN, N=Nunca.

¿Cuán satisfecho/a te sentiste con el apoyo que recibiste de esa persona o grupo? Haz una marca en cada línea.

Persona o grupo	NA	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Totalmente satisfecho
Pareja						
Familiares						
Amistades cercanas						
Profesionales (consejero/a, médico/a,						

psicólogo/a)						
Recursos religiosos (pastor/a, sacerdote, monja)						
Otra Especifica:						

Sección 9: Relaciones sexuales

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre las relaciones sexuales que has tenido **en los últimos tres meses**. Escoge la alternativa que mejor conteste las preguntas de acuerdo a tu experiencia. Recuerda contestar lo más sinceramente posible. Para comenzar te preguntaremos sobre las relaciones sexuales que has tenido con tu pareja principal. Pareja principal es aquella persona a la cual te sientes ligado o ligada sentimentalmente; con la cual has compartido por más de seis meses; y con la cual duermes regularmente.

1. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales vaginales con tu pareja principal?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca (**si contestaste nunca pasa a la pregunta 3**)

2. ¿Cuán a menudo usaron un condón masculino durante las relaciones sexuales vaginales?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

3. Durante los **últimos 3 meses**, ¿Cuán a menudo has tenido relaciones sexuales anales con tu pareja principal?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca **(si contestaste nunca pasa a la pregunta 5)**

4. ¿Cuán a menudo usaron un condón masculino durante las relaciones sexuales anales?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

5. Durante los **últimos 3 meses**, ¿Cuán a menudo has tenido relaciones sexuales orales con tu pareja principal?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca **(si contestaste nunca pasa a la pregunta 7)**

6. ¿Cuán a menudo usaron un condón masculino durante las relaciones sexuales orales?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

7. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo te has masturbado?

1. Todos los días

2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca

8. Durante los **últimos 3 meses**, ¿Cuán a menudo tu pareja y tú se han masturbado mutuamente?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
5. Varias veces en los últimos 3 meses
6. Nunca

9. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) con tu pareja principal bajos los efectos del alcohol?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos 3 meses
6. Nunca

10. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) con tu pareja principal bajos los efectos de drogas ilegales?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos 3 meses
6. Nunca

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TRATAN SOBRE TUS RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN TU PAREJA PRINCIPAL.

11. Durante los **últimos 3 meses**, ¿con cuántas otras personas que no son tu pareja principal has tenido relaciones sexuales vaginales, anales u orales?

1. Ninguna (**si contestaste ninguna pasa a la sección 10 en la página 17**)
2. Una persona
3. Dos personas
4. Tres personas
5. Cuatro o más personas

12. Durante los **últimos 3 meses**, ¿las otras personas con las cuales has tenido relaciones sexuales han sido?

1. Sólo hombres
2. Sólo mujeres
3. Hombres y mujeres

13. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales vaginales con otras personas?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca (**si contestaste nunca pasa a la pregunta 15**)

14. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales vaginales con otras personas?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

15. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales anales con otras personas?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana

3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca (**si contestaste nunca pasa a la pregunta 17**)

16. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales anales con otras personas?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

17. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales orales con otras personas?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses
5. Nunca (si contestaste nunca pasa a la pregunta 19)

18. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales orales con otras personas?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

19. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo te has masturbado junto a otras personas que no son tu pareja principal?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos 3 meses

5. Nunca

20. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos del alcohol?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos tres meses
6. Nunca

21. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos de drogas ilegales?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos tres meses
6. Nunca

Sección 10: Negociación sexual

Instrucciones: Nos gustaría que nos dieras tu opinión sobre las aseveraciones que aparecen a continuación. Haz una equis (X) en una de las columnas que aparecen a mano derecha que mejor refleje tu opinión.

Aseveración	DP	CP	NS	CNP	DP
1. Puedo proponerle a mi pareja sexual usar el condón masculino.					
2. Puedo mantener mi posición de usar el condón masculino aunque mi pareja me acuse de estar dañando el momento.					
Aseveración	DP	CP	NS	CNP	DP

3. Puedo pedirle a mi pareja que usemos un condón masculino aunque llevemos mucho tiempo juntos.					
4. Puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino.					
5. Puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino.					
6. Puedo proponerle a mi pareja sexual masturbarnos mutuamente.					
7. Puedo sugerirle a mi pareja que nos masturbemos en vez de tener penetración aunque me dé vergüenza.					
8. Puedo aceptar que mi pareja y yo nos masturbemos aunque me dé vergüenza.					

*DP=Definitivamente puedo, CP= Creo que puedo, NS= No estoy seguro/a, CNP= Creo que no puedo, DP= Definitivamente puedo

Sección 11: Reclutamiento y retención

Instrucciones: En las preguntas que siguen a continuación queremos conocer tu opinión sobre tu interés de participar de una intervención educativa para la prevención del VIH/SIDA. Nos interesa además, saber qué te motivaría asistir a este tipo de intervención y qué podría dificultar tu asistencia. Agradecemos tu sinceridad al contestar las preguntas.

1. ¿Te gustaría asistir a actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA?

- 1. Sí **(Si contestaste Sí, pasa a la pregunta 3)**
- 2. No **(Si contestaste No, explica por qué en la pregunta 2)**

2. ¿Por qué no?

3. ¿Estarías dispuesto/a a asistir a varias charlas en días diferentes?

- 1. Sí **(Si contestaste Sí, pasa a la pregunta 6)**
- 2. No **(Si contestaste No, explica por qué en la pregunta 5)**

4. ¿Por qué no?

5. ¿Quién te gustaría que te acompañara a estas actividades?

1. Prefiero ir solo/a
2. Mi pareja sexual
3. Un amigo
4. Una amiga
5. Otra persona; Especifica_____

6. ¿Qué te motivaría a asistir a estas charlas? (Marca todas las que apliquen)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Interés en el tema
sobre el tema | 5. Necesidad de aprender |
| 2. Que me den dinero por asistir | 6. Mi pareja me lo pide |
| 3. Deseo de aprender | 7. Acompañar a alguien |
| 4. Curiosidad
_____ | 8. Otro; Especifica: |

7. ¿Qué podría dificultarte asistir a estas charlas? (Marca todas las que apliquen)

1. Trabajo
2. Horario
3. No tengo con quien dejar mis hijos/as
4. No tengo transportación
5. No me atrevo ir solo/a
6. El tema me hace sentir incómodo/a
7. No me interesa
8. Otro; Especifica_____

8. ¿Qué te motivaría a permanecer asistiendo a todas las charlas sin faltar a ninguna?

(Marca todas las que apliquen)

1. Que encuentre entretenida la actividad anterior
2. Que los/as facilitadores/as me agraden
3. Que me den dinero por asistir
4. Que mi pareja me apoye a asistir
5. Que el lugar sea cómodo
6. Que encuentre con quién dejar cuidando a mis hijos/as
7. Otro; Especifica: _____

9. ¿Crees que si se te ofrecieran dinero por asistir esto motivaría que asistieras?

1. Sí
2. No (Si contestas NO, explica por qué en el siguiente espacio)

10. Explica por qué:

11. ¿Cuánto dinero crees deberíamos darte por asistir a estas actividades? Cantidad:
\$ _____

12. ¿Qué día de la semana prefieres que se lleven a cabo las charlas? (Marca sólo un día)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. Lunes | 5. Viernes |
| 2. Martes | 6. Sábado |
| 3. Miércoles | 7. Domingo |
| 4. Jueves | |

13. ¿Qué día de la semana te es imposible asistir a las actividades? (Marca sólo un día)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. Lunes | 5. Viernes |
| 2. Martes | 6. Sábado |
| 3. Miércoles | 7. Domingo |
| 4. Jueves | |

14. ¿En qué momento del día prefieres que se lleven a cabo las charlas? (Marca sólo una opción)

1. En la mañana (9:00 – 12:00)
2. Temprano en la tarde (1:00 – 4:00)
3. Tarde en la tarde (3:00 – 6:00)
4. Por la noche (6:00 – 9:00)
5. Otro; Especifica: _____

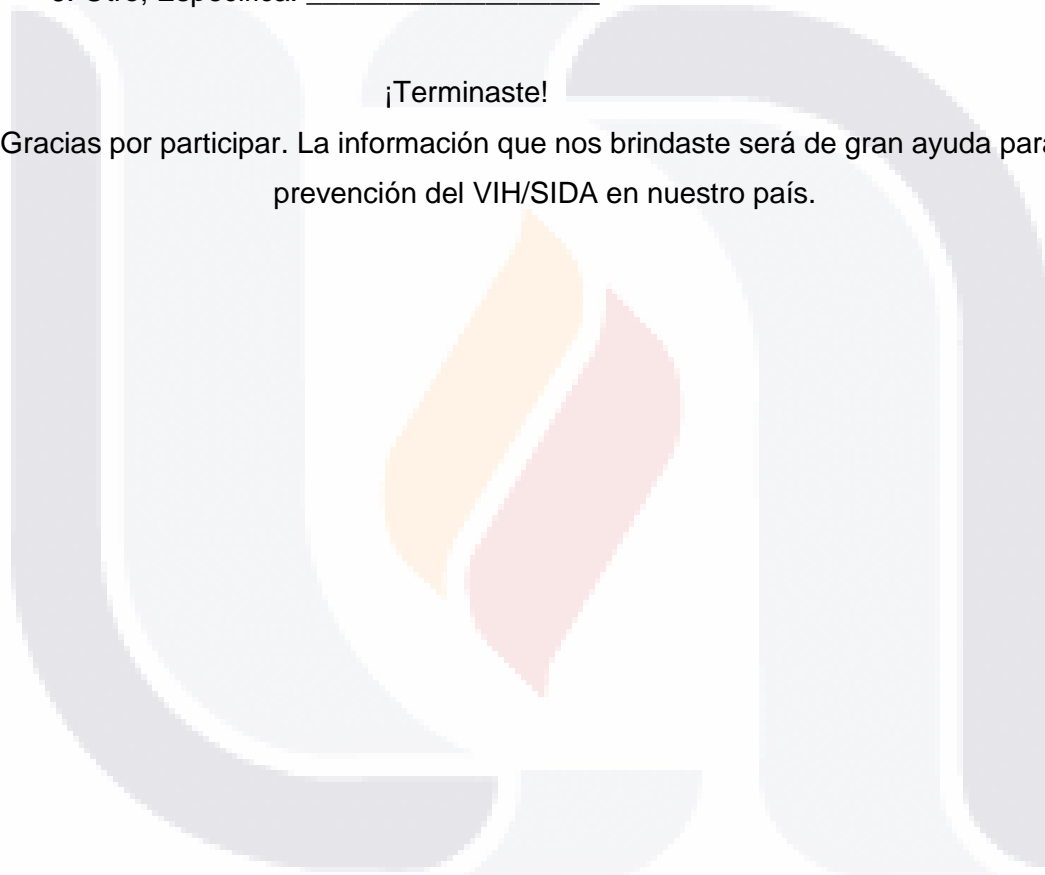
15. ¿En qué lugar prefieres que se lleven a cabo las charlas?

16. ¿De cuáles de los siguientes temas te gustaría que se hablara en las actividades educativas? (Marca todas las que apliquen)

1. ¿Qué es el VIH y el SIDA?
2. Relaciones de pareja
3. Uso del condón masculino
4. Masturbación
5. Sexualidad
6. Otro; Especifica: _____

¡Terminaste!

Gracias por participar. La información que nos brindaste será de gran ayuda para la prevención del VIH/SIDA en nuestro país.



ANEXO C. INSTRUMENTO FINAL

Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)

Sección 1: Datos Demográficos

Instrucciones: En este cuestionario encontrarás preguntas en las que debes escoger entre las alternativas disponibles o escribir alguna información. Por favor, lee cada una de las preguntas cuidadosamente y contéstalas de forma sincera. Selecciona sólo una alternativa a menos que en las instrucciones te indiquemos lo contrario. Si tienes alguna pregunta sobre las instrucciones o las oraciones puedes llamar a una de las personas encargadas.

1. ¿Cuál es tu edad? _____

2. ¿Cuál es tu género?
 1. Hombre
 2. Mujer

3. ¿Cuál es tu estado civil?
 1. Casado/a legalmente
 2. Divorciado/a
 3. Soltero/a
 4. Viudo/a
 5. Convivo consensualmente (no casado legalmente)

4. ¿Has tenido la misma pareja principal durante los pasados seis meses?
 2. Sí
 2. No **(Si contestaste NO pasa a la pregunta # 7)**

5. ¿Has tenido relaciones sexuales con esa pareja durante los pasados seis meses?
 2. Sí
 2. No

6. ¿Cuál fue el último grado académico que completaste?
 1. Ninguno

- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria o bachillerato
- 5. Normal básica
- 6. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada
- 7. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada
- 8. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada
- 9. Normal de licenciatura
- 10. Licenciatura o Profesional
- 11. Maestría
- 12. Doctorado

7. En los **últimos tres meses**, ¿has utilizado alguna de las siguientes drogas?

Tipo de droga	¿Las has usado?	
	Si	No
1. Cocaína (“Azuquítar”/ “Cremita”/“Talco”)		
2. Heroína (“Tecata” / “Manteca”/ “Caballo”)		
3. Crack (“Piedra” / “Pops”/ “Pipa”)		
4. Marihuana (“Canabis”/ ”Mostaza”/ “Porro”/ Mota”/ “Yerba”/ “Juanita”)		
5. Metadona (“Buche”)		
6. Extasis (“Rola”, “X”, “Love Pill”/ “M”)		

8. ¿Alguna vez compartiste jeringuillas con otras personas para usar drogas?

- 1. Sí
- 2. No

9. ¿Cuán a menudo ingieres bebidas alcohólicas?

- 1. Nunca (Si **contestas Nunca pasa a la pregunta #21**)
- 2. Todos los días
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Varias veces al mes
- 5. Varias veces al año

10. ¿Te has hecho alguna vez la prueba de anticuerpos al VIH (prueba del VIH)?

- 1. Sí
- 2. No (**Si contestas No pasa a la pregunta 24**)

11. El resultado de la prueba en esa ocasión fue:

- 1. Positivo (reactivo)
- 2. Negativo (no reactivo)
- 3. No sé

Sección 2: Información sobre VIH/SIDA

Instrucciones: A continuación encontrarás varias aseveraciones relacionadas al VIH/SIDA. Para contestarlas, sólo debes marcar con una equis (**X**) cuán cierta o falsa consideras que es cada una en los espacios ubicados a su derecha. Esperamos puedas contestar cada una de las oraciones, aun cuando tengas dudas sobre la respuesta.

Aseveración	DC	PC	NS	PF	D.F
1. El VIH puede transmitirse a través de la saliva.					
2. Es posible contagiarse con el VIH al sentarse en un inodoro público.					
3. Es posible contagiarse con VIH a través del beso.					

* DC= Definitivamente cierto, PC= Definitivamente falso, NS= No sé, PF= Probablemente falso, DC= Definitivamente falso.

Sección 3: Toma de decisiones sexuales

Instrucciones: A continuación encontrarás unas aseveraciones relacionadas a los criterios que utilizas para tomar decisiones para protegerte del VIH/SIDA. Por favor, indícanos cuán de acuerdo o desacuerdo estás con estas aseveraciones. Marca con una equis (X) la opción que mejor refleje tu opinión sobre cada aseveración.

Aseveración	DC	PC	NS	PF	DF
1. Si una persona se ve saludable es poco probable que tenga VIH/SIDA.					
2. Si conoces a una persona muy bien, no necesitas usar condones masculinos para protegerte del VIH.					
3. Es más importante usar condones masculinos con una pareja casual que con la pareja principal.					
4. Si dos personas sólo tienen relaciones sexuales entre sí no necesitan usar condones masculinos para protegerse del VIH/SIDA.					

* DC= Definitivamente cierto, PC= Definitivamente falso, NS= No sé, PF=

Probablemente falso, DC= Definitivamente falso.

Sección 4: Masturbación

Instrucciones: En esta sección nos interesa conocer tu opinión hacia la masturbación individual y mutua. *Masturbación individual* significa estimular tus propios genitales (ej. pene o vulva) hasta experimentar orgasmo (venirte). Masturbación mutua es cuando tu estimulas los genitales de tu pareja y él/ella estimula los tuyos al mismo tiempo hasta experimentar orgasmo (venirse). Para las siguientes aseveraciones no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, lee cada una de las oraciones e indica en la tabla la alternativa que mejor refleja tu sincera opinión.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. La masturbación en pareja debe terminar en penetración.					
2. La masturbación hace daño.					
3. Masturbar a mi pareja sexual me da vergüenza.					
4. Las personas que se masturban lo hacen porque están insatisfechas con su pareja sexual.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 5: Condón masculino

Instrucciones: Ahora nos interesa conocer tus opiniones hacia el uso del condón masculino. Para las siguientes aseveraciones no hay respuestas correctas ni

incorrectas. Por favor, lee cada una de las aseveraciones e indica en la tabla la alternativa que mejor refleja tu sincera opinión.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. Evitaría usar condones masculinos siempre que sea posible.					
2. La persona que usa un condón masculino lo hace porque es infiel a su pareja sexual.					
3. El condón masculino sólo debe usarse con parejas casuales (diferentes a la pareja principal).					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 6: Sexualidad masculina

Instrucciones: Nos gustaría conocer las creencias que tienes sobre la sexualidad masculina. Lee las siguientes aseveraciones e indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas haciendo una equis (X) en la columna correspondiente.

Aseveración	TA	PA	I	PD	TD
1. Los hombres sólo se sienten satisfechos sexualmente si hay penetración.					
2. Los hombres no pueden controlar sus deseos sexuales.					
3. Los hombres necesitan tener relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres.					

* TA= Totalmente de acuerdo, PA= Parcialmente de acuerdo, I=Indeciso, PD= Parcialmente en desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.

Sección 7: Apoyo social para el uso del condón y la masturbación

Instrucciones: A continuación aparece una serie de preguntas cuyo objetivo es conocer qué piensas del apoyo que recibes. En esta sección encontrarás preguntas que requieren hacer una marca de cotejo en la respuesta que escojas. Por favor, lee cada una de las preguntas o aseveraciones cuidadosamente y contesta de forma sincera.

¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo) ...					
Aseveración	S	CS	AV	CN	N
1....te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre el uso del condón masculino para protegerte del VIH?					
2....te ayudó a aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no usar condón masculino sin atacarla?					
3....te dijo que apoyaría tu decisión de decir "No" a las relaciones sexuales sin condón masculino?					
4....expresó preocupación por ti cuando hablaste de tus dificultades con el proceso de negociación del uso del condón masculino?					
5....te acompañó a lugares donde puedes buscar información o materiales para mejorar tus destrezas de negociación para el uso del condón masculino?					
6....te ayudó a entender por qué es importante aprender a debatir los argumentos de tu pareja sobre no practicar la masturbación mutua sin atacarla?					

* S= Siempre, CS= Casi siempre, AV= A veces, CN= CN, N=Nunca.

¿Cuán satisfecho/a te sentiste con el apoyo que recibiste de esa persona o grupo? Haz una marca en cada línea.

Persona o grupo	N A	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Totalmente satisfecho
7. Familiares						
8. Amistades cercanas						
9. Profesionales (consejero/a, médico/a, psicólogo/a)						

Sección 8: Relaciones sexuales

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre las relaciones sexuales que has tenido **en los últimos tres meses**. Escoge la alternativa que mejor conteste las preguntas de acuerdo a tu experiencia. Recuerda contestar lo más sinceramente posible.

1. Durante los **últimos 3 meses**, ¿con cuántas otras personas que no son tu pareja principal has tenido relaciones sexuales vaginales, anales u orales?

1. Ninguna (**si contestaste ninguna pasa a la sección 10**)
2. Una persona

3. Dos personas
 4. Tres personas
 5. Cuatro o más personas
2. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales vaginales con otras personas?
1. Todos los días
 2. Varias veces a la semana
 3. Varias veces al mes
 4. Varias veces en los últimos 3 meses
 5. Nunca (**si contestaste nunca pasa a la pregunta 15**)
3. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales vaginales con otras personas?
1. Nunca.
 2. Casi nunca.
 3. A veces.
 4. Casi siempre.
 5. Siempre.
4. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales anales con otras personas?
1. Todos los días
 2. Varias veces a la semana
 3. Varias veces al mes
 4. Varias veces en los últimos 3 meses
 5. Nunca (**si contestaste nunca pasa a la pregunta 17**)
5. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo has tenido relaciones sexuales orales con otras personas?
1. Todos los días
 2. Varias veces a la semana
 3. Varias veces al mes
 4. Varias veces en los últimos 3 meses
 5. Nunca (si contestaste nunca pasa a la pregunta 19)

6. ¿Cuán a menudo usaste un condón masculino durante las relaciones sexuales orales con otras personas?

1. Nunca.
2. Casi nunca.
3. A veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

7. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos del alcohol?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos tres meses
6. Nunca

8. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuán a menudo tuviste relaciones sexuales con otras personas bajos los efectos de drogas ilegales?

1. Todos los días
2. Varias veces a la semana
3. Varias veces al mes
4. Varias veces en los últimos tres meses
5. Al menos una vez en los últimos tres meses
6. Nunca

Sección 9: Negociación sexual

Instrucciones: Nos gustaría que nos dieras tu opinión sobre las aseveraciones que aparecen a continuación. Haz una equis (X) en una de las columnas que aparecen a mano derecha que mejor refleje tu opinión.

Aseveración	DP	CP	NS	CNP	DP
1. Puedo proponerle a mi pareja sexual usar el condón masculino.					

2. Puedo mantener mi posición de usar el condón masculino aunque mi pareja me acuse de estar dañando el momento.					
3. Puedo pedirle a mi pareja que usemos un condón masculino aunque llevemos mucho tiempo juntos.					
4. Puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino.					
5. Puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino.					
6. Puedo proponerle a mi pareja sexual masturbarnos mutuamente.					

*DP=Definitivamente puedo, CP= Creo que puedo, NS= No estoy seguro/a, CNP= Creo que no puedo, DP= Definitivamente puedo

Sección 10: Reclutamiento y retención

Instrucciones: En las preguntas que siguen a continuación queremos conocer tu opinión sobre tu interés de participar de una intervención educativa para la prevención del VIH/SIDA. Agradecemos tu sinceridad al contestar las preguntas.

1. ¿Te gustaría asistir a actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA?
 1. Sí
 2. No **(Si contestaste No, felicidades has terminado)**

2. ¿Cuál es el máximo de horas que estarías dispuesto/a a asistir a este tipo de actividad en un día?
 1. Una hora
 2. Dos horas
 3. Tres horas
 4. Más de tres horas
 5. Todo el día

3. ¿Estarías dispuesto/a a asistir a varias charlas en días diferentes?
 1. Sí **(Si contestaste Sí, pasa a la pregunta 6)**
 2. No **(Si contestaste No, explica por qué en la pregunta 5)**

ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO D.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)
UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes

del estudio:
ión, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes."

por externo (si aplica):
entes, Aguascalientes. Enero del 2021.

fecha:
01-008

del registro institucional:
explicado que es necesario identificar los comportamientos de riesgo para el contagio del VIH/SIDA en nuestra población ya que se trata de una enfermedad que sigue en aumento. El objetivo: Determinar el nivel de Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes

del estudio:
participación consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario, autoaplicable, de 30 a 40 minutos de duración, en un espacio público o privado. El cuestionario consta de varias subescalas para evaluar la información, la motivación (actitudes, creencias y conocimientos), así como las habilidades para la prevención de comportamientos de riesgo para VIH/SIDA.

riesgos y molestias:
informado que no se espera ningún riesgo durante la realización del presente estudio, con la excepción de que algunas de las preguntas me hagan sentir incomodo, sin que se me obligue a contestarlas en su totalidad. Además contare con apoyo psicológico en caso necesario.

beneficios que recibirá al participar en el estudio:
sobre el nivel de Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscrita a la UMF 1, delegación Aguascalientes.

opinión sobre resultados y alternativas de tratamiento:
El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

opción o retiro:
Reservaré el derecho de dejar de participar en el estudio en cualquier momento. No se me penalizará y la atención que recibo de mi médico no cambiará.

privacidad y confidencialidad:
No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los datos personales relacionados con mi participación serán tratados en forma confidencial.

Declaración de consentimiento:
De haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No deseo participar en el estudio.

Deseo participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Deseo participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Jefa o Investigador Responsable:
Dra. Lizeth Villagrana Gutiérrez, Médico especialista en Medicina familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 1, Delegación Aguascalientes, México. Correo electrónico: otara_lizeth@hotmail.com. Teléfono 4499112134.

Asesor:
Dra. Ruth Pérez Ortiz Adscripción: Hospital General de Zona Número 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista, Delegación Aguascalientes, CP 20270. Teléfono 4921345748. Correo electrónico: ruthperezortiz@hotmail.com

Para dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque 1, Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité_eticaiv@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1

AGUASCALIENTES, AGS.

“Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes.”

Una forma efectiva para recabar información son las encuestas. El desarrollo de esta encuesta tiene el objetivo de determinar el nivel de Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes ya que actualmente el VIH representa un importante problema de salud a nivel mundial.

1.- Se solicitará autorización del presente protocolo por parte Comité de Ética en investigación y del comité local de investigación en salud, posteriormente acudiremos a la directora de la Unidad de Medicina Familiar NO. 1 para obtener el permiso de llevar a cabo la investigación en los hombres y las mujeres en edad productiva de su adscripción.

2.- La residente de tercer año de medicina familiar, apoyada por 2 personas más llevarán a cabo la aplicación de la encuesta, seleccionando a hombres y mujeres en edad productiva de forma aleatoria que cumplan con los criterios de inclusión, los cuales se abordaran en sala de espera o al salir de los consultorios de medicina familiar ubicados en la unidad de medicina familiar # 1, tanto en turno matutino como vespertino, estos deberán aceptar ser parte del estudio, tener una edad mayor o igual a 18 años, saber leer y escribir , así como previo a contestar el instrumento firmar la carta de consentimiento informado donde aceptan participar de forma voluntaria en el estudio.

Los criterios para excluir participantes serán: Hombres y mujeres en edad productiva que pertenezcan a otra unidad de medicina familiar, con limitación en sus capacidades

mentales para responder una encuesta, no derechohabientes del IMSS y ser VIH positivos.

Los criterios de eliminación serán: Hombres y mujeres en edad productiva que no contesten más del 80% del instrumento aplicado, que deseen abandonar el estudio y que no firmen la carta de consentimiento informado.

3.- La duración aproximada de cada entrevista será de 5 a 10 min. La información recibida por parte de los encuestados se manejará de forma confidencial y no tendrá impacto con la atención futura a la que tiene derecho el paciente.

4.- Se le informa a los entrevistados que en caso de no querer continuar con la entrevista se puede retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario.

5.- El instrumento consta de 32 preguntas en escala tipo Likert de 5 categorías y 22 preguntas de opción múltiple, repartidas en 10 secciones: Datos demográficos, Información sobre VIH/SIDA, Toma de decisiones sexuales, Masturbación, Condón masculino, Sexualidad masculina, Apoyo sexual para el uso del condón y la masturbación, Relaciones sexuales, Negociación sexual y reclutamiento.

SECCIÓN I. Datos Demográficos

1. Edad. Hace referencia a la edad cumplida en años, y se contesta con la edad cumplida hasta el día de la encuesta.

Ejemplo: 30 años.

2. Genero. En esta sección se pregunta al encuestado/a, si se identifica como hombre o como mujer, y se contesta con la opción hombre o mujer, en caso de que su género sea mujer la opción que se seleccionara es el número dos.

Ejemplo 1. Hombre
 2. Mujer

3. Estado civil. En esta sección se le pregunta al encuestado/a su estado civil y se codifica de acuerdo a su respuesta, si su respuesta es soltera, se seleccionará la opción que corresponde al número tres.

- Ejemplo
1. Casado/a legalmente
 2. Divorciado/a
 - 3. Soltero/a**
 4. Viudo/a
 5. Unión libre

4. Pareja. En esta sección se le pregunta al encuestado/a si ha tenido la misma pareja principal durante los últimos 6 meses, se contesta únicamente con Si o No, en caso de responder Si, se seleccionara el número uno.

- Ejemplo
- 1. Si**
 2. No

5. Relaciones sexuales con pareja estable. En esta sección se le pregunta al encuestado/a si ha tenido relaciones sexuales con la misma pareja principal durante los últimos 6 meses, se contesta únicamente con Si o No, en caso de responder Si, se seleccionara el número uno.

- Ejemplo
- 1. Si**
 2. No

6. Escolaridad. En esta sección se le preguntara al encuestado/a el ultimo grado de estudios completado, en caso de ser inconcluso se tomara el grado anterior, y se contesta con las posibles respuestas dadas, en caso de que su grado máximo sea maestría la opción que se seleccionará es el número once.

- Ejemplo:
1. Ninguno
 2. Primaria
 3. Secundaria
 4. Preparatoria o bachillerato
 5. Normal básica
 6. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada
 7. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada
 8. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada

- 9. Normal de licenciatura
- 10. Licenciatura o Profesional
- 11. Maestría**
- 12. Doctorado

7. Uso de drogas. En esta sección se le preguntara al encuestado/a si durante los últimos 3 meses ha utilizado alguna de las drogas mencionadas, se puede contestar varias opciones y se contestara con Si o No, en caso de responder Si cocaína y Si marihuana se seleccionara Si con una X o ✓ en el espacio correspondiente.

Ejemplo:

Tipo de droga	¿Las has usado?	
	Si	No
1. Cocaína (“Azuquítar”/ “Cremita”/“Talco”)	X	
2. Heroína (“Tecata” / “Manteca”/ “Caballo”)		
3. Crack (“Piedra” / “Pops”/ “Pipa”)		
4. Marihuana (“Canabis”/ ”Mostaza”/ “Porro”/” Mota”/ “Yerba”/ “Juanita”)	X	
5. Metadona (“Buche”)		
6. Extasis (“Rola”, “X”, “Love Pill”/ “M”)		

8. Uso compartido de jeringuillas para drogarse. En esta sección se le preguntara al encuestado/a si alguna vez ha compartido con otras personas jeringuillas para drogarse y se codificara de acuerdo a su respuesta, en caso de responder Si se seleccionara el número uno.

- Ejemplo:
- 1. Sí
 - 2. No

9. Frecuencia de uso de bebidas alcohólicas. En esta sección se le preguntara al encuestado/a cuan a menudo ingiere bebidas alcohólicas y se contesta con las posibles respuestas dadas, si responde varias veces al mes, se seleccionara la respuesta número cuatro.

- Ejemplo:
- 1. Nunca (Si contestas Nunca pasa a la pregunta #21)
 - 2. Todos los días
 - 3. Varias veces a la semana

4. Varias veces al mes

5. Varias veces al año

10. Prueba de detección de VIH. En esta sección se le preguntara al encuestado/a si se ha hecho alguna vez la prueba de anticuerpos para detectar VIH, y se contesta con las opciones Si o No, si se responde No se seleccionara la opción número dos.

Ejemplo: 1. Sí
 2. No

11. Resultado de prueba de detección. En esta sección se le preguntara al encuestado/a el resultado de la prueba de detección de VIH, y se codificada de acuerdo a su respuesta, si responde negativo, se seleccionara el número dos.

Ejemplo: 1. Positivo (reactivo)
 2. Negativo (no reactivo)
 3. No sé

SECCIÓN 2: Información sobre VIH/SIDA

Esta sección se hizo con la finalidad de saber qué nivel de conocimiento tienen sobre la transmisión del VIH/SIDA los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera:

Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Definitivamente cierto, Probablemente cierto, No sé, Probablemente falso y Definitivamente falso, con puntuaciones que van desde 1 a 5..

Ejemplo

1. El VIH puede transmitirse a través de la saliva.

Si su respuesta es definitivamente cierto, se codifica como 1, si su respuesta es probablemente Cierto se codifica 2, si su respuesta es no sé se codifica 3, si su respuesta es probablemente falso se codifica 4 y si su respuesta es definitivamente falso se codifica 5. Ejemplo:

	D. cierto	P.Cierto	No sé	P. falso	D. falso
4. El VIH puede transmitirse a través de la saliva.	1				

Sección 3: Toma de decisiones sexuales

Esta sección se hizo con la finalidad de saber los criterios que utilizan al tomar decisiones para protegerse del VIH/SIDA los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera: Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Definitivamente cierto, Probablemente cierto, No sé, Probablemente falso y Definitivamente falso, con puntuaciones que van desde 1 a 5 respectivamente.

Ejemplo

1. Si conoces a una persona muy bien, no necesitas usar condones masculinos para protegerte del VIH.

Si su respuesta es definitivamente cierto, se codifica como 1, si su respuesta es probablemente Cierto se codifica 2, si su respuesta es no sé se codifica 3, si su respuesta es probablemente falso se codifica 4 y si su respuesta es definitivamente falso se codifica 5. Ejemplo:

	D. cierto	P.Cierto	No sé	P. falso	D. falso
3. Si conoces a una persona muy bien, no necesitas usar condones masculinos para protegerte del VIH.					5

Sección 4: Masturbación

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer las actitudes hacia la masturbación individual y mutua presentes en los hombres y mujeres en edad productiva, adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera:
 Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indeciso/a, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, con puntuaciones que van desde 1 a 5.

Ejemplo

2. La masturbación en pareja debe terminar en penetración.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es parcialmente de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indeciso/a se codifica 3, si su respuesta es parcialmente en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso /a	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
2. La masturbación en pareja debe terminar en penetración.	5				

Sección 5: Condón masculino Esta sección se hizo con la finalidad de conocer las actitudes hacia el uso del condón masculino presentes en los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera:
 Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indeciso/a, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, con puntuaciones que van desde 1 a 5.

Ejemplo:

1. Evitaría usar condones masculinos siempre que sea posible.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 1, si su respuesta es parcialmente de acuerdo se codifica 2, si su respuesta es indeciso/a se codifica 3, si su respuesta es parcialmente en desacuerdo se codifica 4 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 5. Ejemplo:

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso/a	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4. Evitaría usar condones masculinos siempre que sea posible.					5

Sección 6: Sexualidad masculina

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer las creencias que tienen sobre la sexualidad masculina los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera: Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indeciso/a, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, con puntuaciones que van desde 1 a 5. Ejemplo:

1. Los hombres sólo se sienten satisfechos sexualmente si hay penetración.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 1, si su respuesta es parcialmente de acuerdo se codifica 2, si su respuesta es indeciso/a se codifica 3, si su respuesta es parcialmente en desacuerdo se codifica 4 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 5.

Ejemplo:

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso/a	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los hombres sólo se sienten satisfechos sexualmente si hay penetración.					5

Sección 8: Apoyo social para el uso del condón y la masturbación

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer el apoyo que reciben por parte de su pareja, familia, amistades o un grupo, para el uso del condón y la masturbación los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes. Así como una sección final sobre la satisfacción obtenida de acuerdo al apoyo recibido.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera: Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca con puntuaciones que van desde 5 a 1 respectivamente.

Ejemplo:

¿Cuán a menudo una persona cercana a ti (pareja, familiar, amistades o un grupo) ...

1...te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre el uso del condón masculino para protegerte del VIH?

Si su respuesta es siempre se codifica como 1, si su respuesta es casi siempre se codifica 2, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 4 y si su respuesta es nunca se codifica 5.

Ejemplo:

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1....te informó sobre cómo hablar con tu pareja sobre el uso del condón masculino para protegerte del VIH?				2	

Sección 9: Relaciones sexuales

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer sobre las relaciones sexuales que han tenido en los últimos tres meses con una pareja no principal, en cuanto a la frecuencia y el tipo de actividad sexual practicada, frecuencia de relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas y la frecuencia de uso del condón en las relaciones sexuales, presentes en los hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Ejemplo:

1. Durante los últimos 3 meses, ¿con cuántas otras personas que no son tu pareja principal has tenido relaciones sexuales vaginales, anales u orales?

Si su respuesta es ninguna la subrayará y se codifica como 1, si su respuesta es una persona la subrayará y se codifica 2, si su respuesta es dos personas la subrayará y se codifica 3, si su respuesta es tres personas la subrayará y se codifica 4 y si su respuesta es cuatro o más personas la subrayará y se codificara 5. Ejemplo:

- 1. Ninguna (si contestaste ninguna pasa a la sección 10)
- 2. Una persona
- 3. Dos personas**
- 4. Tres personas
- 5. Cuatro o más personas

Sección 10: Negociación sexual:

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer sobre las prácticas de negociación sexual presentes en los hombres y mujeres en edad productiva, adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera:

Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: para esto se le presentara una encuesta con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Definitivamente puedo, creo que puedo, no estoy seguro/a, creo que no puedo y definitivamente no puedo con puntuaciones que van desde 5 a 1 respectivamente.

Ejemplo:

1. Puedo proponerle a mi pareja sexual usar el condón masculino.

Si su respuesta es definitivamente puedo se codifica como 5, si su respuesta es creo que puedo se codifica 4, si su respuesta es no estoy seguro/a se codifica 3, si su respuesta es creo que no puedo se codifica 2 y si su respuesta es definitivamente no puedo se codifica 1. Ejemplo:

	Definitivamente puedo	Creo que puedo	No estoy seguro/a	Creo que no puedo	Definitivamente no puedo
1. Puedo proponerle a mi pareja sexual usar el condón masculino.		4			

Sección 11: Reclutamiento

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer si hay interés de participar en una intervención educativa para la prevención del VIH/SIDA en los hombres y mujeres en edad productiva, adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención de la UMF 1 delegación Aguascalientes.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una “x” de la siguiente manera:

Se le indicaran al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentara una encuesta con 3 reactivos con preguntas de opción múltiple.

Ejemplo:

1. ¿Te gustaría asistir a actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA?

Si su respuesta es SI se codifica 1 y si su respuesta es NO se codifica 2. Ejemplo:

- 1. Sí
- 2. No

ANEXO G.DICTAMEN DE APROBACION DEL COMITE

19/1/2021

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 19 de enero de 2021

M.C. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-101-008

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Sergio Ivan Sanchez Estrada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO H. CARTA DE NO INCOVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL AGUASCALIENTES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 1



“2021 AÑO DE LA INDEPENDENCIA”

Aguascalientes, Ags. 07 de enero del 2021

REF. Of. N° 014

Dr. Sergio Iván Sanchez Estrada
Presidente del comité local de investigación en salud No 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCOVENIENTE** para que la asesora del proyecto **Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez** la cual es Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes, realice el proyecto con el nombre:

“Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 1 Aguascalientes” en la unidad de medicina familiar número 1 Aguascalientes, el cual es un protocolo de tesis de la médico Residente de medicina familiar adscrita a la unidad antes mencionada la **Dra. Ruth Pérez Ortiz**.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dra. Hilda Mónica López Cervantes
Directora de la unidad de Medicina Familiar número 1