

Validación de un instrumento para evaluar consejería adolescente diferenciada en un centro de salud

Validation of an instrument for assessing adolescent counseling differentiated in a health center

Jairo Vanegas-López, María Sol Pastorino, Fabián Vásquez y Lorena Ramírez

Recibido 8 agosto 2016 / Enviado para modificación 13 diciembre 2020 / Aceptado 12 enero 2021

RESUMEN

La OMS/OPS admite que los patrones de conducta sexuales de los adolescentes y jóvenes han cambiado. Se afirma la consejería adolescente ha mostrado buenos resultados. Por ello el propósito de este estudio es evaluar un cuestionario que evaluará este tipo de intervención.

Objetivos Establecer la validez de constructo y la confiabilidad de un instrumento para evaluar consejería en adolescentes asistentes al centro de salud Rucahueche.

Métodos Estudio exploratorio con una muestra de 151 adolescentes entre 15 y 19 años, a los que se les aplicó un cuestionario autoadministrado. La validez de constructo y de consistencia interna fue evaluada por análisis factorial y el Alfa de Cronbach, respectivamente. Resultados El análisis factorial identificó en 3 dimensiones 10 constructos, los cuales explicaron el 62% - 67% de su variabilidad. A su vez, el análisis de consistencia interna obtuvo una puntuación de alfa de 0,934.

Conclusiones El instrumento mostró evidencias de validez de constructo y de confiabilidad. Dichos análisis indican la factibilidad de aplicación del instrumento. Sin embargo, la validación del instrumento aún es un reto, debido a su relevancia para una mirada más profunda sobre la atención y la gestión en la atención de adolescentes. Por tanto, se considerará seguir haciendo estudios para explorar su dimensionalidad y validez de contenido.

Palabras Clave: Adolescentes; conducta sexual; salud sexual y reproductiva (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The WHO/PAHO admits that the sexual behavior patterns of adolescents and young people have changed. It is claimed adolescent counseling has shown good results. Therefore, the purpose of this study is to evaluate a questionnaire that will evaluate this type of intervention.

Objectives To establish the construct validity and reliability of an instrument for assessing adolescent counseling attending the health center Rucahueche.

Methods An exploratory study with a sample of 151 adolescents aged 15 to 19 years, who were applied a self-administered questionnaire. Construct validity and internal consistency was assessed by factor analysis and Cronbach's alpha, respectively. Results: Factor analysis identified three dimensions 10 constructs, which accounted for 62% - 67% of its variability. In turn, analysis of internal consistency score was alpha of 0.934.

Conclusions The instrument showed evidence of construct validity and reliability. These analyzes indicate the feasibility of the instrument. However, validation of the instrument is still a challenge, because of its relevance to a deeper look on the care and management in adolescent care. Therefore, it is deemed to continue doing studies to explore the dimensionality and content validity.

Key Words: Adolescent; sexual behavior; sexual and reproductive health (*source: MeSH, NLM*).

JV: MD. Ph.D. Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Obstetricia. Programa Centro Salud Pública, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. jairo.vanegas.l@usach.cl
MP: Psicóloga. Ph.D. Ciencias Sociales. Centro de Investigación y Estudios de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. m.pastorino@cies.unan.edu.ni
FV: Nutrición. Ph.D. Salud Pública. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile. Santiago, Chile. fadavasquez@gmail.com
LR: Matrona. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. lorena.ramirez@usach.cl

La OMS/OPS admite que los patrones de conducta sexuales de los adolescentes y jóvenes han cambiado. Ello se expresa en una pubertad más temprana, matrimonio más tardío, menor control, más autonomía familiar y una intensa exposición al erotismo de los medios de comunicación. Lo anterior se asocia con el aumento del riesgo de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual (ETS) (1). Entre las prácticas sexuales de riesgo se pueden incluir múltiples parejas sexuales, iniciación sexual temprana, relaciones sexuales sin protección y relaciones sexuales con parejas de más edad (2). Para abordar esta problemática, se requiere de instrumentos validados que permitan analizar información e identificación de riesgos para la intervención a nivel de Atención Primaria de Salud (3).

Se afirma que, entre las diferentes intervenciones, la consejería adolescente ha mostrado buenos resultados. Las estrategias son ofrecer servicios en colegios satélites por proximidad, reuniones individuales y grupales para intercambio de opiniones. Las actividades se centran en la entrega de información sobre anticoncepción, prevención de ETS y VIH/SIDA, promoción de salud en general, apoyo para la toma de decisión informada sobre sexo, autoestima, entorno social y establecimiento de metas (4,5).

Sin embargo, otros estudios afirman que estas intervenciones no han permitido incidir en la modificación de las conductas de riesgo. En una revisión de publicaciones realizadas entre el año 1990 y el 2015 solo se encontraron 8 artículos sobre consejería adolescente. Las temáticas eran las siguientes: evaluación de satisfacción del adolescente atendido en consejería, calidad de servicios respecto al VIH y estrategias para mejorar la salud sexual reproductiva e inicio de vida sexual activa (6-10).

En Chile, en la comuna de San Bernardo, funciona desde el año 2002 el Centro de Salud Integral del Adolescente Rucahueche. Esta es una iniciativa planteada por la Universidad de Santiago de Chile y la Facultad de Ciencias Médicas en conjunto con la Corporación Municipal de Educación y Salud comunal. Esto comenzó como una experiencia piloto en atención primaria, un servicio de salud con una modalidad diferenciada y amigable, orientado específicamente a adolescentes, con base en las recomendaciones internacionales (OPS/OMS) y Ministerio de Salud (11-13).

Este estudio propone un instrumento que será validado para evaluar la consejería en adolescentes del Centro de Salud Rucahueche.

MÉTODO

El proceso de validación del instrumento se efectuó en varias etapas. Primero, se realizó un análisis de contenido

junto con el personal que presta asistencia en el Centro Rucahueche, grupo compuesto por psicólogas, médicos y asistentes sociales; en segundo lugar, se realizó una revisión semántica; en tercer lugar, una validación de constructo y fiabilidad; por último, se procedió a su estandarización.

Instrumento

El cuestionario utilizado se basó en la revisión de literatura relacionada (14-18) y luego revisado por el equipo del centro de salud. El instrumento final se constituyó de 15 preguntas relacionadas con datos personales y 39 preguntas, que se dividieron en tres dimensiones: 1. reconocimiento del riesgo de acuerdo con la información (RR1): trata de conocer qué información maneja el adolescente sobre las ETS y la prevención de embarazo, 2. reconocimiento del riesgo de acuerdo con su actitud y las posibles consecuencias (RRAC): la actitud ha sido considerada como una especie de motivación que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos; es decir, que predispone a una acción. 3. Nivel de riesgo de acuerdo con sus competencias (NRAC). El estudio de las competencias se vislumbra como una nueva forma de abordar diferentes áreas en las que los seres humanos nos desenvolvemos. En el ámbito de la salud, las competencias se relacionan con la educación para la salud y se hace referencia a la competencia en el cuidado y promoción de la salud personal y social como el desarrollo de la capacidad y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, conductas, etc.) para resolver de forma adecuada un problema de salud personal o social en un contexto definido y contribuir a crear un entorno en el que las opciones más saludables sean más fáciles de tomar.

Para responder a este instrumento, se usó una escala Likert de 1 a 5 (va de totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo).

Este cuestionario fue aplicado a una muestra de 151 adolescentes entre 14 y 19 años, invitados a participar, previo consentimiento informado. Las encuestas fueron entregadas en un sobre para que los adolescentes las llenaran en un espacio definido en el centro. Posterior a que los adolescentes devolvieron las encuestas, estas fueron codificadas para que el investigador no tuviera acceso a identificar a los adolescentes, por lo cual, se mantuvo el anonimato todo el tiempo.

RESULTADOS

La muestra final la conformó un total de 151 adolescentes: 49% de hombres y 51% de mujeres. Las edades fluctuaron entre los 14 y 19 años, con un promedio de 16,15

$\pm 1,30$. Todos estudiantes fueron de 1.º a 4.º de educación secundaria. El 31,1% cursaba el tercer año; 17,2%, el segundo año; el 13,2%, cuarto año, y el 7,3% el primer año. Un 76,2% reportó estudiar, un 20% trabajaba y estudiaba; y un 3,3%, sin actividad.

El 63,7% manifestaron haber iniciado activamente su vida sexual. Los agrupados en adolescencia media fueron de 32,2%, mientras que los agrupados en adolescencia tardía representaron un 31,5%. La edad de inicio de actividad sexual mínima fue a los 7 años, y la máxima, a los 18 años, con un promedio de $14,8 \pm 1,6$ años. Al preguntar el número de parejas que ha tenido en los últimos 6 meses, 40,4% no respondió; 47,7% reportó solamente una pareja; 7,3% registró 2 parejas; mientras que 2,6% manifestó haber tenido más de tres parejas sexuales. Respecto a la preferencia sexual, el 94,4% afirma ser heterosexual, mientras que el resto tienen otra orientación sexual. Al preguntar sobre dónde obtiene la información

sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos, un 52,9% señaló que lo hace mediante internet, redes sociales y medios de comunicación; 42,4%, de los padres y/o familiares; y 31,8% de grupos de pares; 4,6%, de profesores de clases; y solo un 3,3%, del personal de salud.

Validación de constructo

Se utilizó el método factorial de componentes principal, con una solución final basada en una rotación Varimax. Este tipo de rotación facilita la interpretación de los factores y tiene como propósito maximizar su varianza. Con ello, los factores pequeños tienden a disminuir y los grandes, a crecer, con el fin de lograr asociar perfiles más fácilmente a un subconjunto concreto de variables. Para verificar la validez del análisis factorial se usó el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para cada dimensión. En la Tabla 1 se muestran los resultados de este análisis factorial.

Tabla 1. Resultados del análisis factorial según dimensión

Factor	(%) Var. Explicada	(%) Var. Acumulada		KMO
1	18,074	18,074	Reconocimiento del riesgo de acuerdo con la información (RRI) (p2) Los varones adolescentes tienen un mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual que las mujeres. (p4) En una relación sexual con condón, no necesariamente evita un embarazo o contraer una ITS.	0,627
2	18,046	36,120	(p7) Mis compañeros creen que los adolescentes de mi edad no deben posponer las relaciones sexuales.	
3	13,915	50,035	(p8) Considero que cuando se me presenta la oportunidad de sostener una relación sexual no debo negarme.	
4	12,033	62,068	(p10) Crees que en los próximos 6 meses tendrás al menos una relación sexual con una pareja diferente a tu polola.	
1	41,872	41,872	Reconocimiento del riesgo de acuerdo con su actitud y las posibles consecuencias (RRAC) (p11) Proponer a mi compañero(a) o pololo(a) posponer relaciones sexuales podría implicar que él o ella piense mal de mí.	0,842
2	11,421	53,293	(p12) Las relaciones sexuales anales forman parte de una vida sexual satisfactoria.	
3	10,418	63,711	(p16) Tener relaciones sexuales (desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo) con una persona con la que no deseo quedar mal (que no sea polo(a) o pareja estable), es un comportamiento sexual dentro de lo normal.	
1	51,949	51,949	Nivel de riesgo de acuerdo con sus competencias (NRAC) (p23) Yo propongo a mi pololo (a) la conducta sexual diferente a la penetración vaginal.	0,921
2	9,411	61,360	(p24) Cuando mis compañeros (as) son los que inician o insinúan un contacto sexual (penetración de cualquier tipo) yo propongo conductas sexuales alternativas.	
3	5,620	66,979	(p28) Cuando llevo algún tiempo sin tener relaciones sexuales y se me presenta la oportunidad de tenerla con alguien que no sea mi pololo(a), yo propongo la conducta sexual que deseo.	
			(p29) Cuando estoy alterado emocionalmente (contento, triste o nervioso) y tengo la oportunidad de relacionarme sexualmente yo propongo las conductas sexuales que deseo.	
			(p33) Cuando alguien desconocido (a) inicia o insinúa un contacto sexual (masturbación y/o penetración de cualquier tipo) espero que sea este (a) quien proponga el uso de medidas preventivas.	
			(p34) Cuando una persona muy atractiva (que no sea mi pololo (a) me da la oportunidad de relacionarme sexualmente espero que sea ella o el quien proponga el uso de medidas preventivas.	
			(p35) Cuando llevo algún tiempo sin tener relaciones sexuales y se me presenta la oportunidad de tenerla con alguien que no es mi pololo (a) espero que sea mi compañero (a) sexual quien proponga el uso de medidas preventivas.	
			(p36) Cuando estoy alterado emocionalmente (contento o triste) y tengo la oportunidad de relacionarme sexualmente, espero que sea mi compañero(a) sexual quien proponga el uso de medidas preventivas.	

Respecto a la primera dimensión (RRI), el KMO=0,627 implica un valor bajo debido a que está alejado de la unidad. Sin embargo, los primeros 4 componentes juntos explican el 62,1% de la variabilidad total. En cuanto a los reactivos específicos, la mayoría de ellos se concentraron en valores $>0,30$.

En el caso de la segunda dimensión (RRAC), el KMO=0,842 corresponde a un valor más cercano a la unidad, lo que indica una adecuación correcta de los datos para un análisis factorial. En este caso los tres primeros factores explican por sí solo el 63,7% de la variabilidad indicando que discrimina muy bien al colectivo. En cuanto

a los reactivos, la mayoría de estos saturarán en valores $>0,50$. En la tercera dimensión (NRAC), el $KMO=0,921$, valor cercano a la unidad, indicando una adecuación correcta de los datos a un modelo de análisis factorial. En este caso los primeros tres componentes explican el 92% de la variabilidad total. En cuanto a los reactivos específicos la mayoría saturan en valores $>0,60$.

Consistencia interna

En la Tabla 2, se observan los coeficientes de Alfa de Cronbach. El instrumento en su globalidad, o sea en sus tres dimensiones, muestra un alfa de 0,934. Al analizar por dimensión, la primera dimensión (RRI), reporta un alfa de 0,638. En el caso de la segunda dimensión (RRAC), el alfa obtenida fue de 0,852. Mientras que para la tercera dimensión (NRAC), el alfa reporta un valor de 0,942. El alfa por ítems reportado es mayor a 0,93.

Estandarización

Para establecer los puntajes, se calculó el porcentaje máximo que podría obtenerse con el instrumento. Por tanto, se logra definir un puntaje proporcional calculado con base en el número de ítems, o sea

$$(\Sigma \text{ ítems/puntaje máximo}) * 100 = \%$$

Posteriormente, se estimaron valores con base en percentiles, con lo que se establecieron los rangos (bajo, medio alto) de riesgo. Esto sirvió como patrón para poder evaluar el efecto de la consejería adolescente en el centro de salud.

DISCUSIÓN

La consejería adolescente está dirigida a fortalecer acciones de carácter anticipatorias, con énfasis en el reconocimiento del riesgo y de los factores protectores. Para contar con un instrumento que permita evaluar los efectos de la consejería de adolescencia diferenciada y amigable que ofrece el Centro de Salud de Atención Integral del Adolescente Rucahueche, se propuso un grupo de preguntas compuesto por tres dimensiones relacionadas con el reconocimiento del riesgo, de acuerdo con la información, actitud y posible consecuencia, así como con reconocer el nivel de riesgo según su competencia.

En la dimensión de “reconocimiento del riesgo de acuerdo con la información” (RRI) el índice de intercorrelación es bajo ($KMO=0,627$). Los resultados sugieren que el reconocimiento del riesgo por parte de los y las adolescentes no depende directamente del grado de información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual o de riesgo de embarazo, o información meramente técnica. Es decir, la información que los y las adolescentes manejan

no necesariamente estaría siendo captada de manera correcta, y la mayoría de las veces tal información podría ser distorsionada por factores externos a la consejería.

Se puede destacar que más de la mitad de los y las adolescentes entrevistados buscan información sobre sexualidad en internet y solo un 3,3% consultó al personal de salud. Lo anterior pone en desventaja al sistema de salud. Dicha actitud podría estar relacionada con temores, prejuicios, temas morales o falta de privacidad en la atención (19). Al respecto, los expertos en consejería sugieren que siempre se debe tratar de establecer una relación cercana con él y las adolescentes (20,21). Tratar de ganarse la confianza del adolescente podría requerir más de una cita, proceso en el que se debe incorporar un diálogo y/o negociación de los temas de prevención y educación sexual en cada uno de los controles, respetando los valores culturales, creencias, idiosincrasia y contexto locales. En el sistema de salud tradicional se entrega información muchas veces técnica y sin posibilidad de construir una cercanía que permita desarrollar un ambiente de confianza (22,23).

Al analizar los resultados de la dimensión “reconocimiento del riesgo de acuerdo con su actitud y las posibles consecuencias” (RRAC), el valor del índice ($KMO=0,842$) aumenta. El análisis sugiere que aspectos afectivo-conductuales y reflexivos por parte de los y las adolescentes tendrían mayor peso como patrón de anticipación al riesgo, como lo demuestran los ítems que presentan una interrelación más fuerte.

Al respecto, según la teoría de comportamiento planeado (24) sería posible establecer predicciones de la conducta sexual determinada por factores como la actitud personal, la norma subjetiva o la norma social percibida y el control conductual percibido. Otros autores afirman que estos aspectos estarían determinados por las actitudes personales y las creencias hacia la realización de una conducta en particular (25,26).

En este mismo sentido, se plantea que los procesos psicológicos subyacentes a la intención de adoptar conductas sexuales saludables deben dirigirse a la transformación de las intenciones en acciones en forma automática y en el autocontrol personal, por lo que es importante que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas frente a las conductas de acción e intención y describan esta sensación de competencia o dominio como un motivador central de la conducta sexual (27,28).

En la dimensión “nivel de riesgo de acuerdo con sus competencias” (NRAC), presentó un índice bastante alto ($KMO=0,921$). En este caso, los resultados sugieren que la anticipación al riesgo tiene que ver con un componente global de la integración de diferentes planos de competencias (afectivos, cognitivos, culturales y sociales) mediados

Tabla 2. Resultados de la consistencia interna por dimensión (Alfa Cronbach Global = 0,934)

No ítems	Dimensiones y preguntas	Alfa de Cronbach
	Reconocimiento del riesgo de acuerdo con la información (RRI)	0,627
p1	El VIH/SIDA hoy en día es considerado una enfermedad que tiene curación.	0,934
p2	Los varones adolescentes tienen un mayor riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) que las mujeres adolescentes.	0,935
p3	Las mujeres adolescentes tienen un mayor riesgo de contraer una Infección de Trasmisión Sexual (ITS) que los hombres adolescentes.	0,935
p4	En una relación sexual con condón, no necesariamente evita un embarazo o contraer una Infección de Trasmisión Sexual (ITS).	0,936
p5	En una relación sexual el uso de anticonceptivos no necesariamente evita un embarazo.	0,934
p6	Los adolescentes de mi edad, que tienen una pareja estable, no debieran posponer las relaciones sexuales.	0,935
p7	Mis compañeros creen que los adolescentes de mi edad no deben posponer las relaciones sexuales.	0,936
p8	Considero que cuando se me presenta la oportunidad de sostener una relación sexual no debo negarme.	0,932
p9	Si tengo la oportunidad de tener una relación sexual con mi pareja, creo que no siempre podré proponerle que usemos condón.	0,933
p10	Crees que en los próximos 6 meses tendrás al menos una relación sexual con una pareja diferente a tu pololo (a).	0,931
	Reconocimiento del riesgo de acuerdo con su actitud y las posibles consecuencias (RRAC)	0,842
p11	Proponer a mi compañero (a) o pololo (a) posponer relaciones sexuales podría implicar que él o ella piensen mal de mí.	0,934
p12	Las relaciones sexuales orales forman parte de una vida sexual satisfactoria.	0,933
p13	Las relaciones sexuales anales forman parte de una vida sexual satisfactoria.	0,932
p14	La relación sexual con parejas ocasionales forma parte de una vida sexual satisfactoria.	0,931
p15	Las relaciones sexuales en grupo forman parte de una vida sexual satisfactoria.	0,931
p16	Tener relaciones sexuales (desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo) con una persona con la que no deseo quedar mal (que no sea pololo(a) o pareja estable), es un comportamiento sexual dentro de lo normal.	0,931
p17	Tener relaciones sexuales (desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo) cuando una persona muy atractiva te da la oportunidad de hacerlo (que no sea tu pololo(a) o pareja estable), es un comportamiento sexual dentro de lo normal.	0,931
p18	Si hace tiempo no tengo una relación sexual y se me presenta la oportunidad con una persona (que no sea mi pololo(a) o pareja estable), se considera un comportamiento sexual dentro de lo normal.	0,931
p19	Creo que recibir burlas, comentarios desagradables o negativos por haber rechazado una posible relación sexual, disminuye la probabilidad de que yo vuelva a rechazarlo la próxima vez.	0,933
p20	Creo que recibir burlas, comentarios desagradables o negativos por haber propuesto una actividad sexual de menor riesgo, disminuye la probabilidad que lo proponga la próxima vez.	0,932
p21	Creo que recibir burlas, comentarios desagradables o negativos por haber propuesto el uso de alguna medida preventiva para poder tener actividad sexual, disminuye la probabilidad que vuelva a solicitarlo la próxima vez.	0,933
p22	Nivel de riesgo de acuerdo con sus competencias (NRAC)	0,921
	Yo propongo a mi pololo (a) la conducta sexual diferente a la penetración vaginal.	0,933
p23	Yo propongo a mi pololo (a) conductas sexuales diferente a la práctica sexual en grupo.	0,933
p24	Cuando mis compañeros (as) son los que inician o insinúan un contacto sexual (penetración de cualquier tipo) yo propongo conductas sexuales alternativas.	0,931
p25	Cuando un compañero (a) con la que no quiero quedar mal (que no es mi pololo(a)) es quien inicia o insinúa una conducta sexual (penetración de cualquier tipo), yo propongo la conducta sexual alternativa.	0,930
p26	Cuando es alguien desconocido quien inicia o insinúa una conducta sexual (penetración de cualquier tipo), yo propongo la conducta sexual alternativa.	0,930
p27	Cuando mi pololo (a) es quien inicia o insinúa una conducta sexual (penetración de cualquier tipo) yo propongo la conducta sexual alternativa.	0,933
p28	Cuando llevo algún tiempo sin tener relaciones sexuales y se me presenta la oportunidad de tenerla con alguien que no sea mi pololo (a), yo propongo la conducta sexual que deseo.	0,932
p29	Cuando estoy alterado emocionalmente (contento, triste o nervioso) y tengo la oportunidad de relacionarme sexualmente yo propongo conductas sexuales que deseo.	0,934
p30	Cuando mantengo relaciones sexuales orales, espero que sea mi compañero (a) sexual quien proponga el uso de medidas de prevención	0,932
p31	Cuando mantengo relaciones sexuales con penetración anal, espero que sea mi compañero (a) sexual quien proponga el uso de medidas de prevención.	0,931
p32	Cuando practico sexo en grupo, espero que mis compañeros (as) sexuales sean quien proponga el uso de medidas preventivas.	0,931
p33	Cuando alguien desconocido (a) inicia o insinúa un contacto sexual (masturbación y/o penetración de cualquier tipo) espero que sea este (a) quien proponga el uso de medidas preventivas.	0,930
p34	Cuando una persona muy atractiva (que no sea mi pololo (a)) me da la oportunidad de relacionarme sexualmente espero que sea ella o el quien proponga el uso de medidas preventivas.	0,930
p35	Cuando llevo algún tiempo sin tener relaciones sexuales y se me presenta la oportunidad de tenerlas con alguien que no es mi pololo(a), espero que sea mi compañero(a) sexual quien proponga el uso de medidas preventivas.	0,930
p36	Cuando estoy alterado emocionalmente (contento o triste) y tengo la oportunidad de relacionarme sexualmente, espero que sea mi compañero(a) sexual quien proponga uso de medidas preventivas.	0,930
p37	Cuando he bebido alcohol o ingerido algún tipo de drogas y se me presenta la oportunidad de relacionarme sexualmente, espero que sea mi compañero(a) sexual quien proponga el uso de medidas preventivas.	0,931
p38	Si se me presenta la oportunidad de relacionarme sexualmente y no tengo disponibilidad de alguna medida de prevención frente a la posibilidad de una Infección de Trasmisión Sexual (ITS) / Riesgo de embarazo, continuo de todas formas, hasta que sea mi compañero (a) sexual quien rechace o aplase la relación sexual.	0,931
p39	Si se me presenta la oportunidad de relacionarme sexualmente y no tengo la disponibilidad de alguna medida de prevención frente a una posible Infección la Trasmisión Sexual (ITS) / Riesgo de embarazo, espero que sea mi compañero(a) sexual quien proponga un comportamiento sexual de menor riesgo.	0,930

por la autoestima y la seguridad en sí mismo. Sin embargo, también influyen aquí el tipo de experiencias sexuales y afectivas previas que él o la adolescente han vivido. En la medida en que el adolescente va experimentando, adquiere competencias que pueden ayudarlo o no a anticiparse al riesgo (29). Esto hace pensar en la necesidad de que en las intervenciones educativas en materia sexual no se eludan componentes constructivistas de la sexualidad, además de funcionales y pragmáticos. Por ello, es importante considerar que en el comportamiento de riesgo al que un adolescente se ve expuesto, influye un componente relacional y afectivo con el otro, que es ineludible.

En la actualidad la madurez orgánica y sexual ocurre más temprano. Se debe resaltar que la edad mínima de iniciación de actividad sexual reportada fue a los siete años, edad que coincide con patrones de la región de Latinoamérica. Sin embargo, no todos contestaron esta pregunta por lo que no se puede realizar comparación válida entre hombres y mujeres para establecer relación de conductas entre ellos (29,30).

Las relaciones interpersonales entre los adolescentes se inician más temprano mediante contactos románticos y actividad sexual. Ello se podría explicar por la necesidad de demostrar madurez social. Los atributos individuales que de ordinario se mencionan en la literatura sobre adolescentes se suelen agrupar bajo el concepto de competencia psicosocial. Aunque los componentes de ese concepto varían de unos estudios a otros, entre los más frecuentes se incluyen la autoestima y la autoeficacia, así como también la autonomía emocional y la resistencia ante la presión que ejercen el medio y sus pares. Sin embargo, los estudios relacionados con las competencias, las relaciones románticas y la actividad sexual durante la adolescencia han sido hasta ahora insuficientes y dispersos (30). A futuro es necesario profundizar en las características de la sexualidad durante la adolescencia, la diversidad sexual, las vivencias múltiples del cuerpo, la pertenencia a los grupos de pares y la diversidad funcional, así como en las nuevas exigencias de género.

Los anteriores puntos exceden a las consejerías actuales. Respecto a las limitaciones del estudio, la consistencia interna tanto del Alfa de Cronbach global como del de cada dimensión (y para cada ítem en general) arroja un índice aceptable. Sin embargo, al realizar el mismo análisis por dimensión, en el caso del reconocimiento del riesgo de acuerdo con la información (RRI), el alfa sería considerada débil. También es importante considerar los posibles sesgos de información, ya que muchas veces los adolescentes suprimen u omiten dar determinadas respuestas, por miedo al rechazo, o a ser expuestos o juzgados. Se trató de minimizar esto procurando un ambiente privado para el llenado de la encuesta, proporcionando

sobres sellados y garantizando el anonimato con la ayuda de trabajadoras sociales.

En conclusión, el instrumento mostró evidencias de validez de constructo y de confiabilidad. Los análisis indicaron la factibilidad del instrumento para poder ser aplicado. Las tres dimensiones proporcionaron una evaluación de aspectos elementales y técnicos, actitudinales y de competencias. Esta última dimensión entregaría información sobre el mayor grado y manejo del adolescente de frente al riesgo. Las habilidades y competencias son importantes en el desarrollo y la obtención de un sentido propio como individuo autónomo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estos aspectos están menos desarrollados en los estudios.

Agradecimientos: Comisión Nacional Científica y Tecnológica (CONICYT). Programa de inserción de capital humano avanzado No. 791220020/Programa FONDECYT de Postdoctorado.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(12):534-40. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020>.
2. Flynn PM, Aldrovandi GM, Chadwick EG, et al. Adolescents and HIV infection: the pediatrician's role in promoting routine testing. *Pediatrics*. 2011;128(5):1023-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1761>.
3. Molina R, González E, Molina T. Madres. Niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de Salud Pública no resuelto en Chile. *Rev. Med. Chile*. 2007;135:79-86. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000100011>.
4. Katz K, Rodan M, Milligan R, Tam S, Courtney L, Gantz M, et al. Efficacy of a Randomized Cell Phone-Based Counseling Intervention in Postponing Subsequent Pregnancy Among Teen Mothers, Matern Chile Health. 2011;15:S42-S53. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0860-3>.
5. Coyle KK, Kirby DB, Robin LE, Banspach SW, Baumler E, Glassman JR. all4you! a randomized trial of an HIV, other STDs, and Pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18:187-203. <https://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.3.187>.
6. Villalobos-Hernandez A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Teen pregnancy and educational gaps: Analysis of a national survey in Mexico. *Salud Pública Mex*. 2015;57:135-43.
7. Mauerhofer A, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Female adolescents views on a youth-friendly Clinic. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:18-23.
8. González MI, Aguirre ML, Tapia J. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2005;76:573-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000600004>.
9. Rijdsdijk LE, Bos AE, Ruiter RA, Leerlooijer JN, de Haas B, Schaaijma HP. The World Starts with Me: A multilevel evaluation of a comprehensive sex education programme targeting adolescents in Uganda. *BMC Public Health*. 2011;11:334. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-334>.
10. Leal I, González E, Molina T. Consejería para uso de condón basada en etapas del cambio en un centro de atención a adolescentes. *Cuad Med Soc (Chile)*. 2011;51:29-35.

11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. Washington, D. C.: PAHO/WHO; 2005.
12. Gonzales M, Ramírez L. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes: orientaciones generales. Dirigida a los equipos de atención primaria. MINSAL; 2011.
13. González MI, Ramírez L. Guía Práctica. Consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales para los equipos de atención primaria. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2011.
14. Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga LI, Villalbí J, Pérez G, et al. Efecto de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gac Sanit*. 2016; 30:43-6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.015>.
15. Katz K, Rodan M, Milligan R, Tan S, Courtney L, Gantz M, et al. Efficacy of a randomized cell phone-based counseling intervention in postponing subsequent pregnancy among teen mothers. *Matern Child Health J*. 2011; 15:S42-S53.
16. Millán T, Morera I, Vargas N. Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. *Rev Méd Chile*. 2007;135:457-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400007>.
17. Mauerhofer A, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Female adolescents' views on a youth-friendly Clinic. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:18-23.
18. Mota S, Tello G, Rivas L. Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28:54-63.
19. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: position paper for the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health*. 2004; 35(2):160-7.
20. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*. 2001; 108(2):498-502.
21. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan P, et al. Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents (3rd ed). Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics, 2008.
22. Levine S. Facilitating parent-child communication about sexuality. *Pediatr Rev*. 2011; 32(3):129-30. <https://doi.org/10.1542/pir.32-3-129>.
23. The Society for Adolescent Health and Medicine. Sexual and Reproductive Health care: A position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health*. 2014; 491-96. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.01.010>.
24. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50:179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
25. Albarracín D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2001 Jan; 127(1):142-61. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.142>.
26. Vargas-Trujillo E, Barrera F, Burgos M, Daza B. La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas psychologica*. 2006 [cited 2016 Jul 3]; 5:69-84. <https://bitly.co/B5K3>.
27. Flores E, Tschann J, Marin B. Latina adolescents: Predicting intentions to have sex. *Adolescence*. 2002; 37:659-79.
28. Fontanilla S. Caracterización de actitudes, creencias y conocimiento en función de la intención de los comportamientos sexuales y reproductivos en los adolescentes escolarizados en la ciudad de Santa Marta. Barranquilla: Universidad del Norte; 2011.
29. Vargas-Trujillo E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología [Internet]*. 2002 [cited 2016 Jul 3];11:115-34. <https://bitly.co/B5KA>.
30. Mangrulkar L, Vince-Whitman Ch, Posner M. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes [Internet]. Washington: Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud; 2001 [cited 2015 Jul 5]. <https://bitly.co/B5KF>.