

# Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio

## RESUMEN

Para el profesional de enfermería es indispensable contar con teorías propias que le ayuden a sustentar científicamente el cuidado, haciendo de esta forma una práctica disciplinar más autónoma y segura. El presente trabajo tuvo como objetivo generar una teoría de rango medio para dar explicación al fenómeno de la conducta sexual de riesgo en el adolescente. Se utilizó el método de derivación teórica de Fawcett para realizar la estructuración conceptual-teórica-empírica de la teoría propuesta. La revisión de la literatura permitió realizar la estructura del Modelo de resiliencia sexual en el adolescente a partir de los conceptos y las proposiciones que integran los factores de riesgo, factores protectores y factor resultado que influyen en la resiliencia durante la etapa de desarrollo del adolescente. Asimismo, el modelo contribuye al diseño de intervenciones psicoeducativas dirigidas a la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH.

## PALABRAS CLAVE

Resiliencia psicológica, educación sexual, sociología médica. (Fuente: DeCs, Bireme).

## *Model of Sexual Resilience in the Adolescent: Middle Range Theory*

## ABSTRACT

It is indispensable for nursing professionals to have their own theories to help them scientifically support care, so as to make the practice of this discipline more autonomous and safer. The purpose of this study was to generate a middle range theory to explain the phenomenon of risky sexual behavior on the part of adolescents. Fawcett's theoretical derivation method was used to develop the conceptual-theoretical-empirical structure of the proposed theory. A literature review made it possible to structure the model of sexual resilience in adolescents based on the concepts and proposals that constitute the risk factors, the protective factors and the outcome factor influencing resilience during the period of adolescent development. The model also contributes to the design of psycho-educational interventions focused on preventing the sort of sexual conduct that poses a risk of contracting HIV.

## KEY WORDS

Resilience, Psychological, Sex Education, Sociology, Medical. (Source: DeCs, Bireme).

1 Estudiante de doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, México. lubiacastilloa@gmail.com

2 PhD. Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL, Facultad de Enfermería, Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, México. rabenavi@gmail.com

# *Modelo de resiliência sexual no adolescente: teoria de classe média*

## RESUMO

Para o profissional de enfermagem, é indispensável contar com teorias próprias que o ajude a sustentar cientificamente o cuidado, o que permite ele realizar uma prática disciplinar mais autônoma e segura. O presente trabalho teve como objetivo gerar uma teoria de classe média para dar explicação ao fenômeno da conduta sexual de risco no adolescente. Utilizou-se o método de derivação teórica de Fawcett para realizar a estruturação conceitual-teórica-empírica da teoria proposta. A revisão da literatura permitiu realizar a estrutura do modelo de resiliência sexual no adolescente a partir dos conceitos e das proposições que integram os fatores de risco, fatores protetores e fator resultado, que influenciam na resiliência durante a etapa de desenvolvimento do adolescente. Além disso, o modelo contribui para o desenho de intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção de condutas sexuais de risco para o HIV.

## PALAVRAS-CHAVE

Resiliência psicológica, educação sexual, sociologia médica. (Fonte: DeCs, Bireme).

## Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la epidemia más extendida de la actualidad, que afecta principalmente a los adolescentes. Se estima que en América Latina y el Caribe existen más de 2,1 millones de personas que están viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 740.000 son jóvenes entre los 15 y 24 años (1). El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Censida) (2) indica que el 48,6 % de los casos de SIDA se infectó en la adolescencia, y que el 99 % ocurrió por contacto sexual.

Asimismo, la evidencia científica reporta que disminuir el impacto de los factores de riesgo propicia las conductas sexuales saludables. Chirinos (3) refiere que los adolescentes que no se perciben en riesgo no contemplan modificar las conductas sexuales riesgosas y consideran que la infección por VIH les puede ocurrir a otros pero no a ellos; se creen invulnerables. Es por esto que modificar tales conductas es sin duda un gran desafío. En este sentido, la resiliencia basada en prevención se dirige a fortalecer los factores protectores que posee el individuo y a disminuir los factores de riesgo (4) permitiendo de esta forma dar solución a problemas de salud que afectan de manera importante a los adolescentes. La resiliencia ha mostrado su efectividad en diversas intervenciones ya que promueve el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, el afrontamiento exitoso de las experiencias estresantes, y la evitación de las trayectorias negativas asociadas al riesgo (5, 6, 7).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (8) estima que en el 2030 existirán más de 40 millones de adolescentes que se infectarán con el VIH en todo el mundo. Por esta razón, es necesario que los profesionales de la salud, especialmente los que realizan investigación en enfermería, continúen y redoblen esfuerzos enfocados a generar teorías de rango medio de prevención en VIH/SIDA para reducir la incidencia de infecciones en adolescentes debido a que hasta el momento aún no existe una vacuna que proteja de contagiarse del VIH, ni tratamiento que garantice la cura a esta enfermedad con consecuencias fatales (9).

Con base en lo anterior, las teorías de rango medio permiten instrumentalizar la práctica del cuidado y hacer que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión más operativa del fenómeno y den respuesta a las

necesidades del sujeto de cuidado, en este caso al adolescente dentro del contexto de la conducta sexual de riesgo.

En el presente trabajo se utilizó como base el modelo de resiliencia en adolescentes (MRA) para entender la conducta sexual de estos, que a la vez permitió proponer la teoría de rango medio Modelo de resiliencia sexual en el adolescente (MRSa).

## Modelo de resiliencia en adolescentes

El MRA es uno de los primeros modelos teóricos desarrollados para el estudio de la resiliencia en los adolescentes, se generó para dar respuesta a cómo los adolescentes con cáncer se adaptan a las situaciones difíciles, y cómo los factores de protección que influyen en la salud positiva son susceptibles de mejorar. Se fundamenta en dos perspectivas filosóficas: la etapa de desarrollo de la vida y los modelos basados en el significado. La primera perspectiva busca determinar la influencia histórica y contemporánea de la etapa de desarrollo de la persona, así como la respuesta del adolescente a la salud y la enfermedad. La segunda perspectiva filosófica se basa en los modelos de significado, esta hace referencia a los patrones, la experiencia y la percepción de la persona hacia la enfermedad. Además de las perspectivas filosóficas el MRA se desarrolló mediante el uso de la metodología mixta, lo que permitió una mejor comprensión de la resiliencia desde los enfoques cuantitativo y cualitativo (7).

El MRA (7) propone una representación integral del proceso y resultado de resiliencia durante la etapa de desarrollo de la adolescencia. Además, este modelo permite su aplicación en intervenciones psicoeducativas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo. De acuerdo con este modelo se describen los supuestos y la relación de los conceptos elegidos para dar explicación al fenómeno de interés.

El modelo parte de los siguientes supuestos: 1) el cambio en una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia; 2) la adolescencia, vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad, y su experiencia previa y durante la misma; 3) la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enferme-

dad; 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente. De acuerdo con esto, el modelo está integrado por conceptos que se clasifican en factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado; a continuación se describen cada uno de estos factores.

En el MRA los factores de riesgo se dividen en riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual. El primero considera los factores que producen una influencia negativa en la resiliencia; el segundo comprende el riesgo individual exacerbado por los problemas de salud y las estrategias de afrontamiento defensivo que son empleadas cuando las personas responden a los acontecimientos estresantes.

Entre los factores de protección están los de protección familiar, social e individual. Los de protección familiar son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia, siendo una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales. Los de protección social hacen referencia al apoyo que recibe la persona por parte de sus amigos y proveedores de salud. Los de protección individual incluyen estrategias que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.

Por último, como factor de resultado se encuentra la resiliencia, que ha sido considerada como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores de riesgo a fin de obtener resultados positivos. Así, un adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes que le favorecen para tener conductas saludables. Rew y Horner (10) agregan que el contexto sociocultural influye en las conductas de riesgo para la salud, por lo que factores socioculturales como la edad, el género y los roles de género, y la historia previa de enfermedades pueden potencializar o aminorar el riesgo para la salud.

Se realizó una derivación de conceptos del MRA: riesgo relacionado con la enfermedad, riesgo individual, protección familiar, protección social, protección individual y resiliencia. Se utilizó el método de derivación teórica de Fawcett (11) empleando los cinco pasos propuestos por la autora a fin de desarrollar una teoría de rango medio que pueda ser utilizada para la prevención del VIH en adolescentes.

1. Identificación de los conceptos de interés de la teoría de rango medio: en el MRA se identificaron los nombres de los con-

ceptos de interés y sus respectivas dimensiones; incluye los factores de riesgo (riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual), los factores de protección (familiar, social e individual) y el factor resultado (resiliencia).

2. Clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio: se utilizó la clasificación por variabilidad, representada por las variables del fenómeno por estudiar, las cuales conformaron los conceptos de los tres factores (protectores, riesgo y resultado).
3. Identificación y clasificación de las preposiciones de la teoría de rango medio propuesta: en esta etapa se formalizó la estructura conceptual-teórica-empírica propuesta, la cual guío la investigación documental.
4. Ordenamiento jerárquico de las preposiciones: se determinó a través del razonamiento deductivo, donde se considera que el desarrollo de los factores protectores en el adolescente contrarresta los factores de riesgo sexual.
5. Construcción del diagrama: en esta última etapa se realizó el diagrama que integra la derivación realizada, conformada por el MRA como teoría de origen, la puesta en marcha de la teoría de rango medio propuesta, y las escalas que medirán los conceptos de interés.

A continuación se presenta esta derivación para los conceptos de factor de riesgo, factor de protección y factor resultado de la teoría de rango medio Modelo de resiliencia sexual en el adolescente (figuras 1, 2, 3 y 4).

## Riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia

Haase (7) refiere que el riesgo relacionado con la enfermedad produce una influencia negativa en la resiliencia. En el presente estudio se considera que el riesgo no se relaciona con la enfermedad sino con los cambios propios de la etapa de la adolescencia que provocan incertidumbre. Estos cambios son de tipo físico, psicológico y social. Durante la adolescencia las capacidades física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Los cambios emocionales propios de esta etapa pueden hacer que el adolescente tienda a exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un día de alegría y diversión se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados (12). En esta

etapa, los cambios que están ocurriendo significan el inicio de la madurez sexual, es un momento esperado por el adolescente que se caracteriza por incertidumbre debido al desconocimiento de lo que le ocurre y de lo que siente.

En el mismo orden de ideas, Andino (13) refiere que la adolescencia es un periodo de la vida que abarca la maduración biológica, psíquica y social. Está caracterizada por cambios en el desarrollo físico, mental, emocional y social, por lo que el adolescente busca un equilibrio consigo mismo y con la sociedad. En esta etapa se observa ambivalencia, incertidumbre y contradicciones que hacen que esta etapa se convierta en un suceso estresante. Lo anterior puede llevar al adolescente a tomar riesgos para experimentar nuevas sensaciones, formar una identidad y buscar independencia y aceptación de otros importantes. De acuerdo con esto se puede decir que es común que a esta edad el adolescente homologue la conducta de riesgo con una experiencia relevante que propicia su maduración.

Lo anterior produce un nivel elevado de incertidumbre en esta etapa debido a que la mayoría de los acontecimientos que lo aquejan son desconocidos. La incertidumbre es mayor cuando no posee información acerca de lo que le está sucediendo, no entiende la información que se le proporciona o cuando los eventos que le ocurren son extraños, desconocidos o inesperados (7). La incertidumbre en la adolescencia es provocada por los cambios físicos, el despertar sexual y por la imagen corporal. Una de sus mayores preocupaciones se relaciona con el tiempo en que ocurrirán estos cambios ya que es común que se comparen con sus iguales y también les preocupa la imagen atractiva que desean tener.

Figuroa *et al.* (14) mencionan que la adolescencia es una etapa importante de constantes transformaciones en la cual se presentan cambios en la personalidad, se define la identidad y se realiza la elección de la pareja, lo que conlleva un riesgo y se explica en dos fases. La primera es una fase de crisis, en la que se estructura la personalidad y se presentan grandes conflictos emocionales; la segunda, en la cual el adolescente presenta inestabilidad emocional producida por los cambios propios del proceso de crecimiento y desarrollo que serán paulatinamente resueltos. Por su parte, Perter y Valkenburg (15) refieren que en la medida en que los adolescentes no tienen claro sus creencias sexuales va en aumento la incertidumbre sexual.

Según esto, la incertidumbre representa un riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia la cual ejerce una influencia ne-

gativa en la conducta sexual inmediata y futura. Para el presente estudio, la *incertidumbre sexual* es el grado de desconocimiento del adolescente acerca de cómo debe reaccionar ante lo que le está aconteciendo y las nuevas sensaciones que experimenta, que le impiden tener claro sus creencias y valores sexuales.

## Riesgo sexual

Haase (7) menciona que el riesgo relacionado con la enfermedad produce una influencia negativa en la resiliencia. En el presente estudio se considera que el riesgo sexual es exacerbado por los cambios psicológicos (invulnerabilidad) y los mecanismos de afrontamiento defensivo (evasivo, fatalista y emotivo) comunes de esta etapa de desarrollo, mismos que influyen en la conducta sexual del adolescente. Durante la adolescencia, los cambios psicológicos afectan el contenido de los pensamientos por lo que su capacidad de abstracción causa que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa, con pensamientos como “a mí nunca me va a pasar eso”. Esta percepción de invulnerabilidad conlleva comportamientos sexuales riesgosos, como las relaciones sexuales sin protección, que los ponen en riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ITS)-VIH/SIDA (12, 16).

En este sentido, Taylor-Seehafer y Rew (17) refieren que durante la adolescencia los procesos cognitivos se modifican significativamente. Para predecir las consecuencias de las acciones, y para comprender el contexto social de los comportamientos, es necesario el desarrollo de la capacidad de razonar de manera abstracta. Los adolescentes que están pensando en un nivel preoperacional pueden verse a sí mismos como invulnerables y tener una visión optimista de los riesgos; en este sentido, el adolescente considera que puede pasarle a otros, pero a él no. Los cambios psicológicos de la pubertad y la menarquía son factores importantes que afectan el comportamiento de los adolescentes, de esta manera se sienten motivados a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo que incluyen la necesidad de pertenecer a un grupo, el deseo, la pasión y la curiosidad, así como la necesidad de desarrollar una identidad personal. Para el presente estudio, la *invulnerabilidad al VIH* es la percepción que posee el adolescente de no tener riesgo de infectarse con el VIH.

Otro factor que exagera el riesgo individual es el afrontamiento defensivo, que es muy común en los adolescentes; también se denomina de negación. Este mecanismo se asocia a etapas de transición o crisis, con resultados menos positivos, que

son empleados con mayor frecuencia cuando una nueva situación de riesgo es identificada durante la adolescencia (7, 18). Las estrategias de afrontamiento defensivo que afectan negativamente la capacidad de recuperación son etiquetadas como evasivas, fatalistas y emotivas (19, 20). Reflejan en el adolescente la incapacidad de identificar los riesgos sexuales.

Uno de los tipos de afrontamiento defensivo más utilizado por los adolescentes es el evasivo, el cual impide que enfrente un problema o reflexione sobre él. Los adolescentes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación sexual a través del uso de estrategias de afrontamiento defensivo, estas no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección (21). Para el presente estudio el *afrontamiento defensivo al riesgo sexual* es el empleo de estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual.

### **Protección familiar contra el riesgo sexual**

Para Haase (7), la protección familiar integra los componentes de protección que se encuentran dentro y fuera de la familia. En el caso del presente estudio se manejará como la protección familiar contra el riesgo sexual que se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura (CSS). La protección de la familia es una fuente importante de apoyo contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que esta es culturalmente vista como apoyo (22). La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo. De acuerdo con Haase (7), las familias resilientes son flexibles, coherentes, tienen un significado en la vida, se comunican y resuelven problemas con eficacia. Diversos autores han sugerido que el apoyo familiar aumenta la resiliencia, la presencia de relaciones cálidas, protectoras y de apoyo en donde al menos uno de los padres actúa como protector (23, 24).

En este sentido, Marsiglia, Nieri y Rubin (25) refieren que el monitoreo de padres es un elemento clave para que el adolescente practique conductas sexuales saludables. Asimismo, mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el adolescente tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. El constante apoyo familiar repre-

senta un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres. Para el presente estudio se considerarán como *apoyo familiar para la conducta sexual segura* las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

### **Protección social contra el riesgo sexual**

El concepto de protección social contra el riesgo sexual, de acuerdo con el MRA, es la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por los amigos y el proveedor de salud. En este estudio se manejará dicho concepto, que incluirá el apoyo social para la conducta sexual segura. Rosario *et al.* (26) definen apoyo social como la percepción que tiene el adolescente en relación con la ayuda proporcionada por otras personas, que puede ser emocional, de información o de asistencia. La protección social es uno de los recursos externos considerados de suma importancia por su efecto positivo en la salud. Las personas que presentan mayor protección social tienen menos problemas físicos y psicológicos, y contrarrestan mejor el estrés. Haase (7) menciona que el adolescente tiene la capacidad de mantener la relación entre sus pares, las relaciones escolares y las relaciones con las redes sociales para conseguir resultados positivos y reducir o evitar los resultados negativos.

Cardozo y Alderete (27) refieren que el apoyo social es un factor protector relacionado con los recursos que posee el adolescente que le permite hacer frente a una amplia gama de adversidades. Dentro de estos recursos se encuentran las personas del entorno en quienes el adolescente puede confiar, y que a su vez le establecen límites y le enseñan la forma de evitar los problemas. En este sentido, las personas significativas le instruyen la manera correcta de proceder, de desenvolverse solo, y le ayudan a enfrentar situaciones de peligro (18). Para el presente estudio, *el apoyo social para la conducta sexual segura* es el soporte que el adolescente percibe de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro.

### **Protección individual contra el riesgo sexual**

El MRA de Haase (7) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los re-

sultados adversos y hacer que ocurra la resiliencia; a partir de este concepto se propone el de protección individual contra el riesgo sexual. Rutter (28) refiere que los recursos son contextuales y varían de un individuo a otro; sin embargo, dependiendo de la situación de riesgo los recursos utilizados en cada individuo son diferentes de acuerdo con la circunstancia (29, 30). Algunos investigadores refieren que la persona, al identificar el riesgo, utiliza los factores de protección internos para llegar a la recuperación (5, 31, 32). Estos factores permiten amortiguar las consecuencias de los peligros e interrumpen la cadena causa y efecto bloqueando los resultados negativos.

La experiencia previa del individuo con el riesgo o la situación estresante influye de manera directa en los recursos disponibles que emplea como protectores modificando la respuesta de la persona en un sentido más adaptativo que el esperable (31). Por su parte, Lázarus y Folkman (33) consideran que ante situaciones de amenaza o de riesgo la persona utiliza estrategias positivas para manejarlas que se pueden orientar tanto al dominio de la situación, como para evitarla o minimizarla; estas se conocen como estrategias de afrontamiento positivo. Taylor-Seehafer y Rew (17) refieren que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia. De acuerdo con lo anterior, en la presente teoría de rango medio los factores protectores son considerados como amortiguadores del impacto de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA, e incluyen el afrontamiento positivo del riesgo sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoestima y la autoeficacia para la conducta sexual segura. A continuación se describen cada unos de estos factores.

El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada por la persona para eliminar, reducir o tolerar el estrés o el riesgo (26). Lindqvist, Carlsson y Sjöden (20) mencionan que existen cinco estilos de afrontamiento que son empleados por la persona para enfrentar el estrés: 1) el optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema; 2) el confrontativo, utiliza el enfrentamiento y la confrontación para solucionar los problemas; 3) el de apoyo, maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de enfrentamiento; 4) el autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema; y 5) el paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor (19).

Los adolescentes pueden utilizar estos estilos de afrontamiento positivo para contrarrestar los efectos negativos del riesgo sexual

y poder manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro. En el presente estudio el *afrontamiento positivo del riesgo sexual* es el empleo de las estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo.

Otro factor de protección personal es el conocimiento sobre VIH/SIDA. Bogart, Cecil y Pinkerton (34) consideran que los niveles moderados y altos de conocimiento que la persona posee sobre esta enfermedad le proporcionan un medio de protección para evitar conductas sexuales de riesgo ya que le permiten decidir la mejor forma de protegerse. Es importante que la información sea variada y suficiente para que pueda tomar una decisión sobre su conducta sexual. Por su parte, Givaudan y Pick (35) reportan que los adolescentes que no poseen los conocimientos necesarios sobre el VIH/SIDA y sus formas de prevención tendrán menos probabilidades de utilizar un condón en la primera relación sexual en comparación con los adolescentes que tienen este conocimiento.

De acuerdo con lo anterior, la educación para la prevención del VIH/SIDA significa ofrecer al adolescente la oportunidad de que adquiera y desarrolle el conocimiento, las competencias y los valores sobre sexo seguro que le ayuden a retrasar el inicio de la actividad sexual y protejan a los sexualmente activos contra ITS y VIH/SIDA (36). Los conocimientos que adquiere el adolescente le ayudan a contrarrestar el riesgo sexual y le permiten a la vez tener la capacidad de identificar situaciones contextuales que lo ponen en peligro (37). Para el presente estudio el *conocimiento sobre VIH/SIDA* es la información que posee el adolescente sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH/SIDA que le permiten la toma de decisiones sobre conductas de sexo seguro.

La autoestima también se considera un protector individual y se define como el grado en el que el adolescente se percibe de manera positiva o negativa (7). Un adolescente con autoestima alta establece sentimientos de valor propio y desarrolla seguridad para hacer frente a situaciones de riesgo exitosamente (23). Este concepto se fundamenta en la convicción de un sentimiento de valía personal en el que el individuo se cree competente para manejar su vida y funcionar adecuadamente dentro del ambiente familiar y social en el que se encuentra.

En este sentido, la autoestima tiene dos componentes, un sentimiento de capacidad y estima personal, es decir, es la suma

de la confianza, la decisión y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida al comprender y superar los problemas, el derecho a ser feliz, así como el defender sus intereses y necesidades (38). Para el presente estudio la *autoestima* es la percepción positiva de valía personal que el adolescente posee que le permite hacer frente a situaciones de riesgo sexual.

Otro factor protector es la autoeficacia. Según Bandura (39), las personas que logran un control sobre los sucesos que perturban sus vidas y son capaces de tomar acciones futuras para evitar que vuelvan a suceder tienen un nivel elevado de autoeficacia. Esta lucha por lograr el control de las situaciones es una alternativa para garantizar beneficios personales y sociales; por otro lado, cuando un individuo es incapaz de ejercer control se crea aprehensión, apatía o desesperación. La capacidad percibida de que se puede producir el resultado esperado proporciona incentivos para llevar a cabo la conducta en cuestión.

Ajzen (40) menciona que la autoeficacia se convierte en el medio por el cual la persona sigue sus metas y controla lo que es capaz de hacer. Entonces, la autoeficacia se reconoce como un predictor del cambio de conducta y se define como la creencia que tiene una persona sobre su capacidad y esfuerzo necesario para ejecutar con habilidad una determinada tarea. En el presente estudio la *autoeficacia para conducta sexual segura* es la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

## Resiliencia

Para Haase (7), la resiliencia se define como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores estresantes a fin de obtener resultados positivos —en este capítulo tomamos este concepto y lo adaptamos como resiliencia sexual en el adolescente—. Asimismo, la resiliencia es entendida como la capacidad de rebote o de enfrentar con éxito una situación a pesar de la adversidad (23). Algunos autores han investigado la resiliencia como un rasgo de la personalidad, mientras que en los últimos dos decenios esta ha sido redefinida como una dinámica y proceso modificable (24, 41, 42). Este último enfoque permite el desarrollo de las intervenciones basadas en la resiliencia ya que la adversidad es el antecedente que desencadena este proceso y es justamente la que estimula el desarrollo de los

recursos internos y la capacidad para enfrentar situaciones desfavorables de riesgo y estrés (5, 23).

La perturbación que genera el cambio permite el aprendizaje del individuo para emplear sus cualidades resilientes. Una revisión de la literatura nos muestra que es indispensable que el o la adolescente cuente con la capacidad cognitiva y social para interpretar la adversidad a fin de hacer frente al cambio (10, 43). Fergus y Zimmerman (41) consideran que la conducta sexual de los adolescentes representa un riesgo individual para contraer ITS-VIH/SIDA, la cual puede ser compensada por recursos personales resilientes que le permitan evitarla. La resiliencia posibilita que el o la adolescente planee su futuro alejándose de situaciones de riesgo sexual.

En este sentido la conducta sexual, según Fergus y Zimmerman (41), presupone un grado de coherencia entre pensamiento, sentimiento y acción, los cuales influyen en la toma de decisiones a nivel conductual de manera racional, utilizando la información disponible. Lohman (44) refiere que la conducta sexual abarca las acciones que el adolescente decide realizar en situaciones sexuales en las que entorno y los estímulos recibidos juegan un papel relevante. Gonçalves, Castellá y Carlotto (21) señalan que la conducta sexual se ve influenciada por diversos factores de riesgo, siendo imprescindible que el adolescente reciba educación sexual que le ayude a contrarrestar la influencia negativa del entorno y así evitar exponerse a situaciones de riesgo sexual.

La resiliencia sexual en el adolescente favorece la práctica del sexo seguro a través de los factores de protección familiar, social e individual, y contrarresta los factores de riesgo sexual y los relacionados con esta etapa. Visto de este modo, la resiliencia es un mecanismo que reduce el impacto del riesgo ya que el adolescente está en un constante estado de vulnerabilidad y los factores protección le permiten la toma de decisiones adecuadas ante situaciones de riesgo sexual (45). Con base en la aplicación del sistema teórico empírico de Fawcett (11), para el presente estudio se considera que la *resiliencia sexual* es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos protectores disponibles para contrarrestar los factores de riesgo sexual. Lo anterior se verá reflejado en conductas como la abstinencia, el uso constante y correcto del condón, la monogamia, la búsqueda de orientación sobre ITS-VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH en quienes hayan tenido conductas de riesgo.



**Figura 1.** Estructura teórica-conceptual empírica del factor de riesgo

Teórica	Riesgo relacionado con la enfermedad	Riesgo individual	
<b>Conceptual</b>	Riesgo relacionado con la etapa de adolescencia.	Riesgo sexual (RS)	
	Incertidumbre sexual.  Es el grado de desconocimiento del adolescente acerca de cómo debe reaccionar ante lo que le está aconteciendo y las nuevas sensaciones que experimenta, que le impiden tener claro sus creencias y valores sexuales.	Invulnerabilidad al VIH.  Es la percepción que posee el adolescente de no tener riesgo de infectarse con el VIH.	Afrontamiento defensivo al RS.  Es el empleo de estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual.
<b>Empírica</b>	Escala de incertidumbre sexual (16).	Escala de susceptibilidad percibida de una infección por VIH (46).	Escala de afrontamiento Jalowiec (20).

**Figura 2.** Estructura teórica-conceptual empírica del factor protector

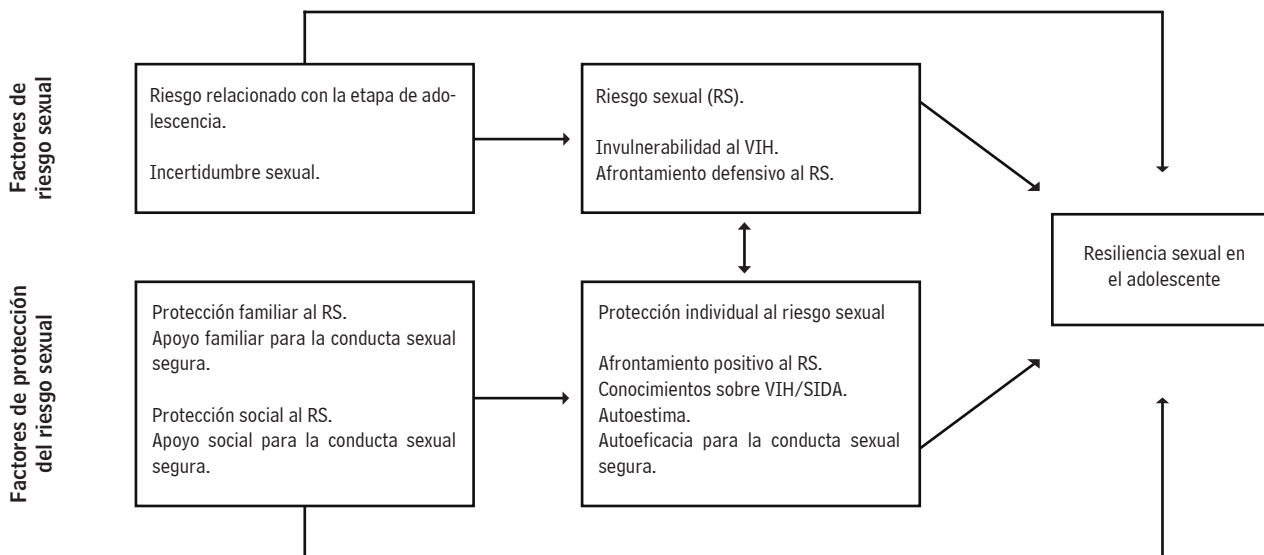
Teórica	Protección familiar	Protección social	Protección individual
<b>Conceptual</b>	Protección familiar contra el RS. Apoyo familiar para la CSS.	Protección social contra el RS. Apoyo social para la CSS.	Protección individual contra el RS.
	Incluye las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.	Es el apoyo que el adolescente percibe de de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro.	Afrontamiento positivo al RS Es el empleo de estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo.  Conocimientos sobre VIH/SIDA Es la información que posee el adolescente sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH/SIDA que le permiten la toma de decisiones sobre CSS.  Autoestima. Es la percepción positiva de valía personal del adolescente, que le permite hacer frente a situaciones de RS.  Autoeficacia para la CSS. Es la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.
<b>Empírica</b>	Escala de provisión social para sexo seguro (47, 48).	Escala de provisión social para sexo seguro (47,48).	Escala de afrontamiento Jalowiec (20). Cuestionario de Conocimiento para embarazo, SIDA e ITS (49). Escala de autoestima (50). Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA (51).

**Figura 3.** Estructura teórica conceptual empírica del factor resultado

Teórica	Resiliencia
<b>Conceptual</b>	Resiliencia sexual en el adolescente. Es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos protectores disponibles para contrarrestar los factores de riesgo sexual.
<b>Empírica</b>	Escala de resiliencia para sexo seguro (48, 52) Escala de conducta sexual (49).

A partir de los conceptos previamente derivados se propone la teoría de rango medio Modelo de resiliencia sexual en el adolescente.

**Figura 4.** Esquema de relación de conceptos-Modelo resiliencia sexual en el adolescente



## Modelo de resiliencia sexual en el adolescente

El Modelo de resiliencia sexual en el adolescente parte de los siguientes supuestos: 1) en la adolescencia se acentúan los cambios; 2) la adolescencia es vista como una etapa de desarrollo que abarca cambios físicos, psicológicos y sociales; 3) el adolescente posee factores protectores de conductas sexuales de riesgo para

hacer frente a los factores de riesgo sexual que le permiten obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud sexual y los riesgos sexuales; 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente ante el riesgo sexual. El modelo está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo sexual, factores de protección de conductas sexuales de riesgo y el factor de resultado. A continuación se describen cada uno de estos y la relación entre ellos.

Los factores de riesgo sexual están integrados por el riesgo relacionado con la etapa de adolescencia y el riesgo sexual. El riesgo relacionado con la adolescencia tiene que ver con los cambios propios de la etapa que le provocan incertidumbre al adolescente, lo cual se conecta positivamente con el riesgo sexual afectando en forma negativa la resiliencia sexual del adolescente. El riesgo sexual se empeora debido a la percepción de invulnerabilidad al VIH y los mecanismos de afrontamiento defensivo (evasivos, fatalista y emotivo) que influyen de forma negativa en la protección individual y en la resiliencia sexual del adolescente.

Los factores de protección de conductas sexuales de riesgo están integrados por la protección familiar, la social y la individual. La protección familiar contra el riesgo sexual se considera como el apoyo familiar para la conducta sexual segura que amortigua los efectos de los riesgos sexuales y se relaciona positivamente con la protección social y la individual contra los riesgos mencionados. La protección social contra el riesgo sexual se refiere al grado en el que el adolescente percibe apoyo por parte de su pareja, amigos y proveedores de salud, se relaciona positivamente con la protección individual y la resiliencia sexual en el adolescente. La protección individual contra el riesgo sexual incluye el afrontamiento positivo, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoestima y la autoeficacia para conductas sexuales seguras que contrarrestan el impacto del riesgo para dicha enfermedad. En el factor de protección individual influye negativamente el riesgo sexual y positivamente la protección familiar y social; asimismo, se relaciona de manera directa con la resiliencia sexual en el adolescente. Por último, el factor resultado es la resiliencia sexual en el adolescente que se considera como la capacidad de respuesta para evitar conductas sexuales de riesgo y prevenir el VIH/SIDA. Esta se da cuando los factores de protección son fortalecidos y estos a su vez contrarrestan los factores de riesgo sexual. Cabe destacar que en este modelo el efecto de la intervención está moderado por la edad, el género y la experiencia sexual.

## Conclusiones

La generación de la teoría es un elemento indispensable en el fortalecimiento del conocimiento de la disciplina para dar sustento doctrinal a la práctica. Es importante destacar que poseer un cuerpo de teorías que predigan, expliquen o controlen fenómenos de interés disciplinar le proporciona identidad a la profesión. En este sentido podemos decir que las teorías de rango medio se enfocan en fenómenos específicos y surgen de las necesidades observables de la práctica. La utilización de la derivación conceptual-teórica-empírica (11) es un método práctico para proponer teorías de rango medio, las cuales se integran por conceptos y proposiciones operacionalizados en forma sencilla y clara que permiten la aplicación en la práctica real del cuidado de enfermería.

De esta manera, el método utilizado propuesto por Fawcett fue apropiado para generar la teoría de rango medio MRSA, la cual se encamina al fortalecimiento del adolescente como persona responsable para prevenir la infección por VIH al generarse en él un cambio de aprendizaje que lo lleva a emplear sus cualidades resilientes para interpretar y evitar la adversidad del riesgo sexual. Asimismo, el MRSA ofrece un sustento teórico para realizar intervenciones con enfoque preventivo y de protección, que pueden tener un impacto positivo en los resultados a corto, mediano y largo plazo.

Por lo anterior, el desarrollo teórico es la tarea más importante que el profesional de enfermería enfrenta para el avance del conocimiento. Así, el MRSA contribuye a la legitimización y autonomía de la disciplina al proporcionar bases científicas para comprender y dar respuesta al fenómeno de la conducta sexual de riesgo en el adolescente siendo, sin duda, una forma práctica y concreta de dar cuidado dentro del contexto de la prevención del VIH/SIDA a través del fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo. Lo anterior permite desarrollar en el adolescente la capacidad resiliente para la toma de decisiones adecuadas sobre su sexualidad.

## Referencias bibliográficas

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). VIH/SIDA infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe; 2005. Disponible en: <http://www.unicef.org/lac/infanciadolescencia.pdf> [Consultado el 15 de octubre de 2011].
2. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Censida). El VIH/SIDA en México, 2010. Datos al 14 de noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/13076240/Estadisticas-de-VIH-en-Mexico-2008>. [Consultado el 10 de noviembre de 2011].
3. Chirinos J, Bardales O, Segura M. Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. Cuadernos de Salud Pública 2006; 22 (1): 122-133.
4. Smokowski P. Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. Social Service Review 1998; 4 (2): 337-364.
5. Anthony EK, Alter CF, Jenson JM. Development of a risk and resilience-based, out-of-school time program for children and youths. Social Work 2009; 54: 45-55.
6. Vinson J. Children with asthma: Initial development of the child resilience model. Pediatric Nursing 2008; 28 (2): 149-158.
7. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2004; 21 (5): 289-299.
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2008. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp) [Consultado el 20 de diciembre de 2011].
9. Planes M, Gómez AB, Gras ME, Font-Mayolas S, Cunill M, Aymerich M. Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. Cuaderno de Medicina Psicomática y Psiquiatría de Enlace 2007; 82: 39-47.
10. Rew L, Horner S. Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescent. Journal of Pediatric Nursing 2003; 18 (6): 379-388.
11. Fawcett J. The relationship of theory and research. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Davis Company; 1999.
12. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado de los adolescentes; 2002. Disponible en: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/220905-prevencion.pdf> [Consultado el 25 de octubre de 2011].
13. Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los jóvenes y adolescentes. Working Papers Series CST/ LAC, 12; 1999. Disponible en: <http://www.uruguay.cruzroja.org/juventud/documents/documents/estilos.pdf> [Consultado el 3 de noviembre de 2011].
14. Figueroa M, Contini N, Lacunza A, Levín M, Estévez SA. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). Anales de la Psicología 2005; 21 (1): 66-72.
15. Peter J, Valkenburg P. Adolescents' exposure to sexually explicit internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration. Communication Research 2008; 35 (5): 579-601.
16. Casas R, Ceñal M. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral 2005; IX (1): 20-24.
17. Taylor-Seehafer M, Rew L. Risk sexual behavior among adolescent woman. Journal SPN 2000; 5 (1): 15-24.
18. Grotberg HE. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar la adversidad. España: Gedisa; 2006.
19. Jalowiec A. The Jalowiec Coping Scale. New York: In OL Strickland & C DiIorio (eds.). Measurement of nursing outcomes. 2 ed. 3: Self care and coping. Springer; 2003.

20. Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden P. Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45 (1): 47-52.
21. Gongalves S, Castella J, Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Journal of Psychology* 2007; 41 (2): 16-166.
22. Prelow H, Loukas A, Jordan-Green L. Socioenvironmental risk and adjustment in Latino youth: The mediating effects of family processes and social competence. *Journal Youth Adolescence* 2007; 36: 465-476.
23. Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2006; 11 (3): 125-146.
24. Jaseelon C. The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25:123-129.
25. Marsiglia FF, Nieri T, Rubin SA. HIV/AIDS protective factors among urban American Indian youths. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2006; 17: 745-758.
26. Rosario M, Salzinger S, Feldman R, Ng-Mak D. Intervening Processes between youths' exposure to community violence and internalizing symptoms over time: The roles of social support and coping. *Am Journal Community Psychology* 2008. 41: 43-62.
27. Cardozo G, Aldarete A. Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe* 2009; 23: 148-182. Disponible en: [pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0123](http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0123) [Consultado el 6 de diciembre de 2011].
28. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family Therapy* 1999; 21 (2): 119-126.
29. Greene RR, Galambos C, Lee Y. Resilience theory: Theoretical and professional conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2003; 8 (4): 75-91.
30. Masten AS, Obradovi'c J. Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society* 2008; 13 (1): 9-18.
31. Kotliarenco MA, Cáceres I, Foncilla M. Estado del arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>. [Consultado el 19 de diciembre de 2011].
32. Masten AS, Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* 2001; 56 (3): 227-238.
33. Lazarus RS, Folkman S. *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
34. Bogart L, Cecil H, Pinkerton S. Hispanic adults' attitudes and intentions regarding the female condom. *Journal of Behavioral Medicine* 2000; 23 (2): 181-206.
35. Givaudan M, Pick S. Evaluación del programa escolarizado para adolescentes: Un equipo contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2005; 39 (3): 339-346.
36. Harol EJ. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2007; 25 (1): 61-70.
37. Bryan A, Kagee A, Broaddus M. Condom use among South African adolescents: Developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *AIDS Behavior* 2006; 10: 387-397.
38. Maslow A. *La amplitud potencial de la Naturaleza Humana*. México: Trillas; 1982.
39. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social & Clinical Psychology* 1986; 4 (3): 359-373.
40. Ajzen I. *Attitudes, personality and Behavior*. 2 edition. Milton-Keynes. England: Open University Press / McGraw-Hill Education; 2005.
41. Fergus S, Zimmerman M. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 399-419.

42. Luthar SS, Cicchetti D, Bronwyn B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000; 71 (3): 543-562.
43. Ahern N. Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2006; 2 (3): 175-185.
44. Lohman B, Billings A. Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal Youth adolescence* 2008; 37: 723-735.
45. De Santis, J. Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIVinfection. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2008; 22 (4): 273-287.
46. Lux KM, Petosa, R. Preventing HIV infection among juvenile delinquents: educational diagnosis using the health belief model. *International Quarterly of Community Health Education* 1994; 15: 145-163.
47. Darbes LA, Lewis MA. HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychol* 2005; 24 (6): 617-22.
48. Castillo L, Benavides R. Intervención por Internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA (Tesis de doctorado inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2012.
49. Villarruel AM, Jemmontt JBIII, Jemmontt LS, Ronis DL. Predictors of sexual intercourse intentions and condom use among Spanish dominant youth: A test of the theory of planned behavior. *Nursing Research* 2004; 53 (3): 172-181.
50. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press; 1965.
51. López-Rosales F, Moral-de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México* 2001; 43 (5): 421-432.
52. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993; 1: 165-178.