



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Atienzo, Erika E; Campero, Lourdes; Estrada, Fátima; Rouse, Caroline; Walker, Dilys
Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes
Salud Pública de México, vol. 53, núm. 2, marzo-abril, 2011, pp. 160-171

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619758009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

re^{al}alyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes

Erika E Atienzo, MC,⁽¹⁾ Lourdes Campero, MEd,⁽¹⁾ Fátima Estrada, MC,⁽¹⁾
Caroline Rouse, MD,⁽²⁾ Dilys Walker, MD.⁽³⁾

Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D.
Intervenciones con padres de familia para modificar
el comportamiento sexual en adolescentes.
Salud Pública Mex 2011;53:160-171.

Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D.
Interventions involving parents in order
to impact adolescent sexual behavior.
Salud Pública Mex 2011;53:160-171.

Resumen

Objetivo. Revisar los efectos de intervenciones educativas que incorporan a padres de familia, para modificar el comportamiento sexual de sus hijos adolescentes. **Material y métodos.** Búsqueda sistemática en cinco bases de datos electrónicas de estudios de evaluación de intervenciones educativas con padres (2002-2009). **Resultados.** Diecinueve publicaciones evalúan a 15 programas que cumplen con los criterios de selección. Éstas encuentran un aumento en las intenciones de retrasar las relaciones sexuales y de usar anticonceptivos, reducción en el auto-reporte de relaciones sexuales e incremento en el uso de condón. También se encuentran resultados positivos en factores individuales protectores como conocimientos y actitudes; y en factores familiares como comunicación padres-hijos, percepción de reglas, monitoreo/supervisión de los padres y apoyo familiar. **Conclusiones.** Las intervenciones educativas que incluyen a padres de familia favorecen comportamientos sexuales saludables en los adolescentes. La participación de padres es un elemento que puede ser incluido en cualquier intervención para adolescentes.

Palabras clave: adolescentes; padres; comportamiento sexual; estudios de intervención

Abstract

Objective To examine the effects of educational interventions that incorporate parent participation to modify adolescent sexual behavior. **Material and Methods.** We conducted a systematic search of 5 electronic databases for articles published between 2002 and 2009 that evaluated educational interventions involving parents. **Results.** Nineteen articles evaluated 15 interventions that met all the criteria for inclusion. They found a significant increase in adolescents' intentions to postpone sexual intercourse and use contraceptives, a reduction in self-reported sexual relations and an increase in condom use. Positive results were also found for individual protective factors such as knowledge and attitude, and family factors such as parent-child communication, perception of rules, monitoring/supervision by parents and family support. **Conclusion.** Educational interventions that include parents support healthy sexual behavior among adolescents. Parental participation can be included in any intervention aimed at adolescents.

Key words:adolescents;parents;sexual behavior;intervention studies

(1) Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
 (2) Escuela de Medicina, Dirección de Gineco-obstetricia, Universidad de Washington. Seattle, Washington, EUA.
 (3) Escuela de Salud Pública, Universidad de Washington. Seattle, Washington, EUA.

Fecha de recibido: 21 de septiembre de 2010 • Fecha de aprobado: 10 de marzo de 2011
 Solicitud de sobretiros: Dra. Lourdes Campero. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca Morelos, México.
 Correo electrónico: lcampero@correo.insp.mx

La población de jóvenes entre 12 y 24 años que existe actualmente es la más grande de todos los tiempos, con un total de 1.5 billones. Esta generación se encuentra expuesta a problemas de salud propios de la edad y de la realidad social contemporánea como los trastornos alimentarios, alcoholismo, drogadicción, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo adolescente no planeado.¹

Actualmente, 45% de las nuevas infecciones de VIH ocurren en población de 15-24 años.² Asimismo, si bien en los últimos años la tasa de embarazo adolescente ha decrecido, en países en desarrollo éste representa aún una proporción elevada.^{3,4} En 2007, en América Latina (AL) 18% de los nacidos vivos fue de madre de menos de 20 años.⁵

La principal estrategia para la prevención de ITS/VIH y embarazo no planeado entre adolescentes han sido las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos).⁶ En diversos países esta estrategia se ha centrado en intervenciones escolares dirigidas a los jóvenes, lo que muestra efectos mixtos.^{7,8}

Un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes es involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad.⁹ Ellos son agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir.¹⁰ Si se parte de la idea de que los padres son o debieran ser "cuidadores" y motivadores de comportamientos saludables en sus hijos, el comportamiento sexual debería ser incluido.

Aun cuando los padres pudieran sentir vergüenza al hablar con sus hijos de la reproducción y prevención, o pudieran tener información incorrecta sobre estos temas*, esto no es irremediable. Algunos estudios han señalado que cuando se les capacita, éstos pueden promover una comunicación eficaz.¹¹⁻¹³ En 2002 se publicaron dos revisiones sistemáticas de intervenciones que incluyen participación de los padres de familia para modificar comportamiento sexual o factores asociados a éste en adolescentes. Éstas examinan los efectos en la comunicación padres-hijos y aspectos vinculados a la salud sexual de los adolescentes; se encontraron resultados importantes y positivos, pero no siempre contundentes sobre su impacto en el comportamiento sexual.^{14,15}

Este artículo actualiza la evidencia en relación con intervenciones que incorporan un componente

de participación de padres de familia, evaluadas después de 2002 y hasta 2009. Se señala su impacto en el comportamiento sexual de los adolescentes e identifica particularmente el tipo de variables con que lo miden. También analiza cómo sus resultados se diferencian de los encontrados casi una década atrás.

Material y métodos

Revisión sistemática de estudios de intervenciones educativas con participación de padres, que evalúen su efecto en variables de comportamiento sexual de los adolescentes.

Revisión de la literatura

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas: PubMed-Medline, Psycinfo, Eric, Cochrane Library y Cinahl, utilizando combinaciones de las palabras "sex" "intervention" "education" "adolescent" "prevention" "parent" "sexual behavior" "pregnancy" "sexually transmitted infections". Además, se rastrearon publicaciones relacionadas con el tema de este estudio, identificadas en las referencias de trabajos seleccionados en la búsqueda electrónica.

Criterios de Inclusión

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: a) artículos publicados entre enero 2002 y diciembre 2009 (periodo no incluido por las revisiones previamente mencionadas);^{14,15} b) incluir participación de padres de familia en las intervenciones; c) tener al menos un grupo comparación; y d) evaluar el efecto de la intervención en alguna variable de comportamiento sexual de los adolescentes.

Variables de comportamiento sexual consideradas: prácticas sexuales no coitales, inicio/frecuencia de relaciones sexuales (o abstinencia), uso de condón u otro método anticonceptivo y prevalencia de ITS/embarazos. Se consideró también la intención de comportamiento sexual, es decir, la pretensión de realizar cualquiera de los comportamientos señalados. Se considera adolescentes a población de 10 a 19 años.

Revisión de los estudios

Se excluyeron revisiones sistemáticas, estudios con resultados sólo de padres, y/o que no midieran efectos en el comportamiento de los adolescentes. En los artículos elegibles se analizaron: estrategias empleadas, marco conceptual, población objetivo, participación de los padres, variables de resultado, tiempo de se-

* Rouvier M, Campero L, Walker D, Caballero M. Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education* 2011;11(2):175-191. En prensa.

guimiento y efectos encontrados. Algunas variables se renombraron con la finalidad de clasificarlas dentro de los indicadores de impacto considerados en esta revisión. Para esta clasificación, se revisaron las definiciones operacionales de las variables en los estudios, y a partir de esto se incluyeron bajo categorías generales (por ejemplo actitudes o conocimiento sobre salud sexual).

Resultados

De una revisión extensa, 19 artículos¹⁶⁻³⁴ cumplieron los criterios de inclusión y muestran la evaluación de efecto

de 15 intervenciones. Sólo uno se publicó en español y el resto en inglés. Adicionalmente, se consultaron cinco artículos que describen con detalle el contenido de algunas intervenciones, sin presentar una evaluación de impacto.³⁵⁻³⁹ Estos no forman parte de los resultados descritos a continuación.

Diseño de las intervenciones

En el cuadro I se enlistan las intervenciones revisadas y en el cuadro II se describe su diseño. Se utiliza un nombre abreviado para identificar cada intervención (referido en los cuadros I y II).

Cuadro I
PROGRAMAS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE INTERVENCIONES CON PADRES PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES (2002-2009)*

	Autor(es)	Lugar	Población objetivo [‡]
Familias Unidas (FU)	Pantin y col., 2009.	Tres escuelas secundarias con población predominantemente hispana en Miami, EUA.	Estudiantes hombres y mujeres hispanos de 8º grado, con antecedentes de comportamiento problemático.
Familias Unidas & Parent-Preadolescent Training for HIV Prevention (FU + PATH)	Prado y col., 2007.	Tres escuelas secundarias en Miami, EUA.	Estudiantes hombres y mujeres hispanos de 7º grado.
Focus on Kids & Informed Parents and Children Together (FOK + ImPACT)	Stanton y col., 2004; Wu y col., 2003.	35 áreas urbanas de bajos ingresos. Baltimore, EUA.	Hombres y mujeres afroamericanos de 12 a 16 años.
Focus on Youth in the Caribbean & Caribbean Informed Parents and Children Together (FOYC + ClmPACT)	Deveaux y col., 2007; Chen y col., 2009; Gong y col., 2009.	15 escuelas en la Isla de New Providence, Bahamas.	Estudiantes hombres y mujeres de 6to. grado del Caribe (Bahamas).
Keepin' It REAL	Dilorio y col., 2006.	11 Clubes Metro Atlanta, área metropolitana de Atlanta, EUA.	Hombres y mujeres de 11 a 14 años.
Mother/Daughter HIV Risk Reduction (MDRR)	Dancy y col., 2006.	Tres áreas de bajo ingreso en Chicago, EUA.	Mujeres afroamericanas de 11 a 14 años.
Parents Matter! Program (PMP)	Forehand y col., 2007.	Tres sitios en EUA: Athenas, Atlanta y Little Rock.	Hombres y mujeres afroamericanos de 9 a 12 años.
Parents Who Care (PWC)	Haggerty y col., 2007.	Escuelas públicas de Seattle, EUA (no reportan número).	Estudiantes hombres y mujeres afroamericanos (AA) y europeo-americanos (EA) de 8º Grado.
REAL MEN	Dilorio y col., 2007.	Seis Clubes Metro Atlanta, área metropolitana de Atlanta, EUA.	Hombres afroamericanos de 11 a 14 años.
Reducción de Riesgo de VIH/SIDA (RR VIH/SIDA)	Gallegos y col., 2008; Villaruel y col., 2008.	Cuatro preparatorias en Monterrey, México.	Hombres y mujeres mexicanos de 14 a 17 años.
Safer Choices	Kirby y col., 2004; Coyle y col., 1999.	20 escuelas en Texas & California, EUA.	Estudiantes hombres y mujeres de 9º grado.
Saving Sex for Later (SSFL)	O'Donnell y col., 2005.	Siete escuelas en Nueva York, EUA.	Hombres y mujeres de 5º y 6º grado.
Social Development Curriculum & School/Community Intervention (SDC + SCI)	Flay y col., 2004.	Nueve escuelas en área urbana y tres en área sub-urbana en Chicago, EUA.	Hombres y mujeres de 5º grado.
Strong African American Families (SAAF) program	Murry y col., 2007; Brody y col., 2004; Murry y col., 2005.	Nueve distritos de la zona rural de Georgia, EUA.	Hombres y mujeres afroamericanos de 11 años.
The Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) Program	Lederman y col., 2004; Lederman y col., 2008; Lederman y col., 2003.	Cinco escuelas de dos distritos escolares, Texas, EUA.	Hombres y mujeres de 11 a 15 años.

* La revisión incluye un total de 19 artículos que evalúan los efectos de 15 intervenciones. Los artículos que se citan en cursiva se usaron sólo con fines de revisión del contenido de las intervenciones

† Se describe sólo a la población de adolescentes y no de padres

Cuadro II
DISEÑO DE LOS PROGRAMAS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN DE INTERVENCIONES CON PADRES PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES (2002-2009)

Estrategias y actividades empleadas	Grupo(s) control	Sesiones	Marco conceptual	Diseño del estudio
FU: FU, exclusiva para familias hispanas, busca prevenir adicciones y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Promueve el apoyo familiar, prácticas de parentalidad positivas y comunicación padres-adolescentes. Incluye visitas familiares y sesiones multi-familiares para promover discusiones padres-hijos.	Familias hispanas de las mismas escuelas. Reciben información sobre centros de atención para adolescentes.	FU: nuevas sesiones grupales de 2 hrs. y 10 visitas familiares de 1 hr. Sesión de retroalimentación de 1 hr. durante cada seguimiento (4 en total).	FU: "Ecodevelopmental theory".	Estudio experimental aleatorizado por adolescente.
FU + PATH: FU (descrita en el renglón anterior). PATH entrena a los padres como educadores en la prevención de VIH. Promueve el conocimiento y la comunicación específicamente sobre VIH. Ambos programas se dirigen principalmente a padres, con cierta participación de adolescentes.*	ESOL: ocho sesiones (padres) para reforzar comunicación efectiva en inglés.	FU + PATH: 15 sesiones grupales, ocho visitas familiares y dos grupos de padres-hijos.	PATH: Teorías del desarrollo y socio-cognitivas sobre el aprendizaje.	Estudio experimental aleatorizado por adolescente.
FOK + ImPACT: FOK se dirige sólo a adolescentes para reducir comportamientos de riesgo para VIH; desarrolla habilidades de toma de decisión, comunicación, negociación, abstinencia y sexo seguro. Incluye juegos, discusiones, tareas para casa y videos. ImPACT: Video de 20 min. presentado a las familias en sus casas, seguido de una dinámica de role-play entre padres-hijos, con retroalimentación y demostración de uso de condón.*	GFI: Recibe un video sobre el establecimiento de metas profesionales en adolescentes.	FOK: ocho sesiones de 90 min. cada una en dos meses. FOK+ImPACT: ocho sesiones de FOK más una sesión de ImPACT.	FOK: "Protection Motivation Theory". ImPACT: Se basa en literatura sobre el monitoreo de los padres.	Estudio experimental aleatorizado por sitio/área.
FOYC + ClmPACT: FOYC: FOK, más dos sesiones sobre relaciones, adicciones y comportamiento sexual de riesgo. ClmPACT: ImPACT filmado en las Bahamas. Se presenta a un grupo de padres seguido de una demostración sobre uso de condón. Finaliza con discusión grupal. La intervención se implementa en la comunidad.*	WW: Programa de cuidado ambiental, con duración similar a FOYC. GFI: Video para establecimiento de metas.	FOYC: 10 sesiones de 90 min. cada una + una sesión para ClmPACT.	Adaptación de FOK (FOYC) y ImPACT (ClmPACT).	Estudio experimental aleatorizado por escuela.
Keepin' It REAL: Programa en dos modalidades; SCT: Incluye sesiones interactivas sobre prevención de VIH, habilidades de comunicación y valores, y actividades para resolver en casa. Sesiones para madres-hijos. LSK: Incluye sesiones interactivas sobre conductas de riesgo de los adolescentes y problemas de parentalidad, con actividades para resolver en casa. Sesiones separadas para madres e hijos.*	Madres e hijos(as) reciben juntos una sola sesión sobre prevención de VIH.	siete sesiones de 2 hrs. en 14 semanas.	SCT: Teoría Social Cognitiva. LSK: Teoría de la Conducta Problema.	Estudio experimental, aleatorización por sitio.
MDRR: Programa para madres e hijas para prevenir VIH. Incluye aprendizaje colectivo y modelamiento. Las madres se entrenan en el currículo de MDRR, con sesiones en grupos y llamadas telefónicas de supervisión. Posteriormente las madres traen a sus hijas al grupo y les enseñan el currículo, siendo modelo para su hija y para hijas de otras madres.*	HERR: MDRR impartido por profesionistas de la salud. MDHP: Madres enseñan sobre nutrición y ejercicio.	El entrenamiento en el currículo de MDRR dura 12 semanas. Posteriormente madres e hijas asisten a seis clases de dos hrs. en 6 semanas.	Teoría del Aprendizaje Social, de la Acción Razonada y Modelo "Community-Others-Mothers".	Split-plot de medidas repetidas, con diadas voluntarias de madres-hijas aleatorizadas por área.
PMP: Se enfoca en percepción del riesgo, prácticas de parentalidad y comunicación sobre sexualidad. Intervención ampliada (E): Usa videos, discusiones grupales, modelamiento, role-play y tareas para resolver en casa. Sesiones para padres y una sesión padres-adolescentes. Intervención de una sola sesión (S): Usa un formato de lectura con apoyo audiovisual. Incluye videos, sin practicar habilidades ni participación de los adolescentes.	Recibe una sesión sobre salud en general. No hay participación de los adolescentes.	E: cinco sesiones de 2 ½ hrs. S: Una sola sesión de 2 ½ hrs.	Principios de teorías Sociales y Conductistas.	Estudio experimental aleatorizado, con diadas de padres y adolescentes.

(Continúa...)

(Continuación...)

Estrategias y actividades empleadas	Grupo(s) control	Sesiones	Marco Conceptual	Diseño del estudio
PWC: Enseña estrategias para fomentar habilidades de prevención en los hijos. Utiliza un video de 117-min. y un libro de trabajo familiar. PA: Padres e hijos se reúnen por 30-40 min. cada sesión para ver el video, y posteriormente se separan para practicar habilidades. Se reúnen de nuevo al fin de la sesión y realizan tareas del libro. SA: Programa auto-administrado. Familias reciben instrucciones por escrito para utilizar el video, el libro de trabajo y una lista de actividades familiares. Un orientador contacta a las familias una vez por semana.	NT: No recibe ninguna intervención.	PA: siete sesiones de 2 - 2 ½ hrs. una vez por semana. SA: Da 10 semanas a las familias para realizar todas las actividades.	Modelos de Desarrollo Social y Control social, teorías del Aprendizaje social y de la Asociación diferenciada.	Estudio experimental 2x3x4, aleatorizado por familia.
REAL MEN: Promueve la auto-eficacia y expectativas para la comunicación padres-hijos sobre sexualidad. Incluye práctica de habilidades para la comunicación, información sobre desarrollo de los adolescentes, prevención de VIH y tareas para casa. Utiliza lecturas, discusiones en grupo, role-play y videos. Sesiones para padres y una de padres-hijos.	Recibe programa sobre ejercicio y nutrición de similar duración.	siete sesiones de 2 hrs., durante 7 semanas.	Teoría Social Cognitiva.	Estudio experimental con aleatorización por sitio (diseño anidado).
RR VIH/SIDA: Intervención conductual-educativa para reducir riesgos. Incluye discusiones grupales, videos, role-play y habilidades para la comunicación padres-hijos sobre comportamiento sexual. Los padres reciben tareas para realizar junto con sus hijos. Sesiones para padres y adolescentes por separado.*	Recibe intervención sobre promoción de la salud sin enfatizar en la comunicación padres-hijos.	seis sesiones de 1 hora durante dos sábados consecutivos.	Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada.	Estudio experimental aleatorizado, con días de padres-adolescentes.
Safer Choices: Incluye intervenciones en distintos contextos. Los padres reciben cartas cada año con información de VIH/SIDA, embarazo y consejos para la comunicación con sus hijos sobre estos temas. A los estudiantes se les pide como tarea hablar de estos temas con sus padres. De manera paralela se realizan actividades educativas para los padres.*	Recibe cinco sesiones sólo informativas y algunas actividades escolares.	10 sesiones por grado, además de las actividades incluidas en el componente de padres.	Teoría Social Cognitiva, de la Influencia Social y modelos de cambio en el contexto escolar.	Estudio experimental aleatorizado por escuela.
SSFL: Programa en CDs para reforzar mensajes sobre la importancia de las prácticas positivas de parentalidad y para conscientizar acerca de cambios físicos, emocionales y sociales en los adolescentes. Los CDs se envían a las casas de los adolescentes para que los padres los escuchen solos o junto con sus hijos.	Recibe los CDs al finalizar el estudio.	Se envían tres CDs de 25 min. Envío de un CD cada 10 semanas.	Teoría Social del Desarrollo, "Diffusion of Innovation Theory" y Teoría de la Conducta Planeada.	Estudio experimental, aleatorización por adolescente.
SDC + SCI: SDC: promueve el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales en adolescentes para prevenir violencia, delincuencia escolar, uso de drogas y prácticas de sexo sin protección. SCI: Incluye a SDC además de talleres para padres para promover la comunicación padres-hijos.*	HEC: Recibe intervención sobre nutrición y cuidado de la salud con misma duración que SDC.	SDC: 16-21 sesiones al año (grados 5 a 8). SCI: mismo que SDC más talleres para padres.	Teorías de cambio de comportamiento dirigidas a reducir comportamientos de riesgo.	Estudio experimental, aleatorización por escuela.
SAAF: Diseñado para reforzar procesos familiares que protegen a los adolescentes de riesgos (por ejemplo los que influyen en el desarrollo de la identidad). Incluye juegos, role-play, discusión grupal y habilidades para la comunicación. La primera hora de cada sesión es informativa para madres y adolescentes por separado, siguiendo una hora para madres-adolescentes en conjunto orientada a practicar habilidades.	Familias reciben tres panfletos por medio de correo con información sobre temas de salud en general.	siete sesiones semanales de 2 hrs cada una.	Se basa en estudios de comunidades afro-americanas y comportamientos de riesgo en adolescentes e información de líderes comunitarios y padres de familia.	Estudio experimental con aleatorización por distrito. Selección aleatoria de adolescentes por escuela/distrito.
PARE: Incluye desarrollo de los adolescentes, presión de medios y pares, comunicación con padres y pares, abstinencia, prevención de ITS y embarazos. Primera media hora para padres y adolescentes por separado, seguida de 1/2 hora para padres-adolescentes juntos. Dos modalidades: EP: Incluye entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones y habilidades para la comunicación asertiva. AC: Utiliza técnicas didácticas tradicionales sin ejercicios de aprendizaje social.*	NP: No recibe ninguna intervención.	cuatro sesiones de 2-2 ½ hrs. cada una. Incluye tres sesiones de retroalimentación durante año y medio.	Teoría del Aprendizaje Social y enfoque cognitivo-conductual.	Diadas voluntarias de padres-adolescentes a dos grupos de intervención, pareados por escuela y aleatorizados al grupo control/intervención. Selección aleatoria de controles de las mismas escuelas.

* Incluye componente específico de condones / anticonceptivos

Lugar y población de estudio. Las intervenciones se implementaron mayoritariamente en Estados Unidos; sólo una se realizó en México y otra en las Bahamas. De las 13 intervenciones estadounidenses, seis se dirigieron a adolescentes afroamericanos y dos a población hispana. De todas, sólo dos intervenciones se enfocaron a un solo sexo.

Marco conceptual. Se usan diversas teorías para explicar y/o modificar el comportamiento de los adolescentes, y son los enfoques cognitivo-conductuales los más utilizados al diseñar las intervenciones. Algunos utilizan aproximaciones teóricas recientes: Ecodevelopmental Theory y el modelo *Community-Others-Mothers*, entre otras. También se diseñan intervenciones a partir de estudios con la comunidad objetivo.

Tipos de intervenciones implementadas. Un factor común en 8 de 15 programas fue: a) la implementación de intervenciones previamente evaluadas en combinación con un nuevo componente que incluye participación de los padres (FU + PATH, FOK + ImPACT, FOYC + CImPACT); o b) la implementación de una intervención en dos o más modalidades de aplicación (Keepin' It REAL, MDRR, PMP, PWC, PARE).

La participación de los padres es variada; se encuentran intervenciones dirigidas a: a) padres y adolescentes (FU, FU + PATH, Keepin' It REAL, PWC, RR VIH/SIDA, SDC + SCI, SAAF, PARE); b) principalmente a adolescentes con participación de los padres en alguna sesión/actividad (FOK + ImPACT, FOYC + CImPACT); c) principalmente a padres con participación de los adolescentes en alguna sesión/actividad (PMP, REAL MEN); y d) sólo para padres/madres (MDRR, SSFL).

Estrategias y actividades utilizadas. Destacan los grupos de discusión, videos, ejercicios de role-play y dinámicas menos comunes como el envío de cartas a los padres (Safer Choices) o CD (SSFL) con información y consejos para comunicarse con los hijos sobre prevención. Algunos optan por tareas para realizar en casa, apoyándose en materiales (como libros) entregados a las familias.

En muchas intervenciones se busca fomentar la comunicación padres-hijos sobre prevención de ITS/VIH/embarazos, añadiendo ejercicios de habilidades de comunicación para padres. Nueve intervenciones incluyen un componente específico sobre condones o anticonceptivos, sin evidencia de su acceso a adolescentes o padres.

Diseños de estudio y análisis

Para la evaluación de efecto, todos los estudios utilizan un diseño experimental con distintas modalidades en la

aleatorización al grupo intervención o control. Principalmente se recurre a la aleatorización de familias (n=6), aunque también se utiliza aleatorización por sitios (n=5) y por escuelas (n=4). Algunos estudios recurren además a una estratificación de las características de los participantes que es considerada en la aleatorización (n=5). En la mitad de los estudios se realizan análisis con intención de tratar (n=7).

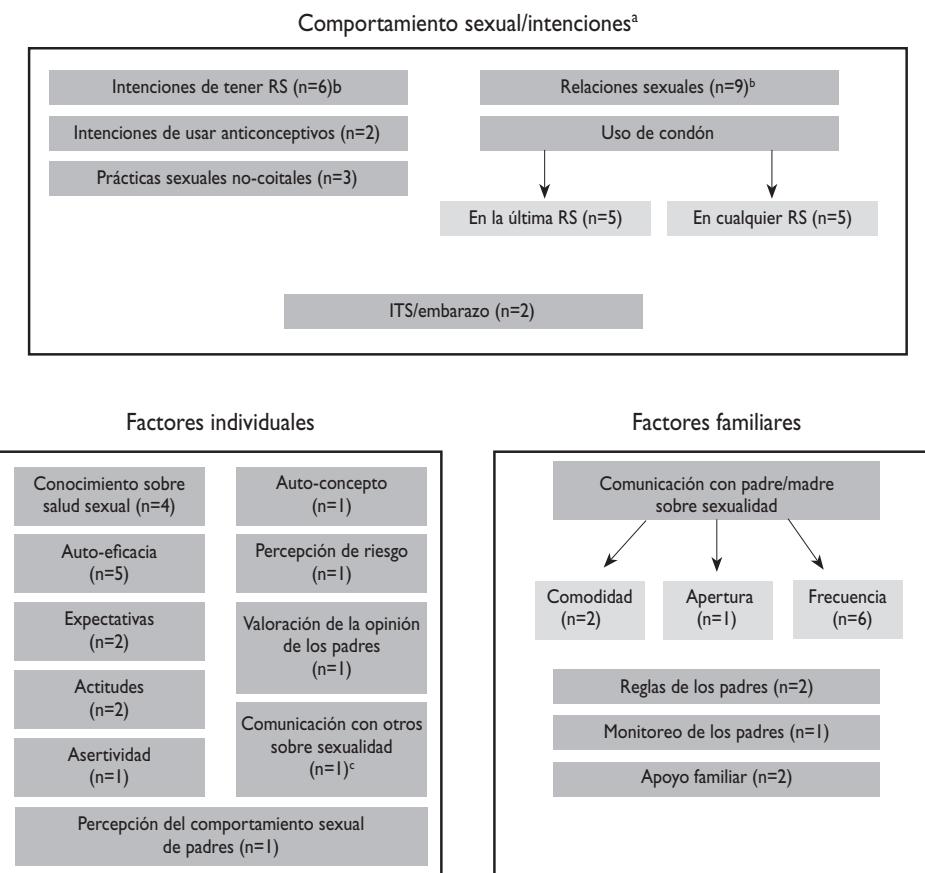
Seguimiento, variables de resultado y efectos. El intervalo entre la conclusión del programa y el seguimiento varía desde menos de un mes hasta más de 25 meses. En la figura 1 se observan las variables medidas en las intervenciones. Seis miden intenciones y 12 algún comportamiento.

En el cuadro III se observan los efectos de las intervenciones en el comportamiento sexual de los adolescentes. Se muestran sólo resultados estadísticamente significativos. Por efectos positivos se entiende: a) la reducción de comportamientos sexuales de riesgo: proporción que reporta haber tenido o iniciado las relaciones sexuales o no usar condón, prevalencia de ITS o embarazo e intenciones de tener relaciones sexuales; y b) al incremento en comportamientos o factores protectores: uso de condón, abstinencia, intenciones de retrasar las relaciones sexuales y/o de utilizar anticonceptivos. A continuación se describen los resultados principales.

Intenciones. En total, 4 de 6 (4/6) estudios que evalúan las intenciones sobre relaciones sexuales (intenciones de rechazarlas, de retrasarlas o tenerlas) encuentran un efecto positivo, uno de ellos hasta después de los 25 meses (SAAF); dos más evalúan intenciones de utilizar anticonceptivos, con resultados positivos (2/2) (cuadro III). De las seis intervenciones que impactaron en las intenciones, sólo dos se basan explícitamente en la Teoría de la acción razonada o de la Conducta Planeada (MDRR y RR VIH/SIDA).

Comportamiento sexual. Se encuentran efectos positivos en las prácticas sexuales no-coitales en 2 de 3 estudios (2/3), las relaciones sexuales (5/9), y en el uso de condón en la última relación sexual (4/5) y en cualquier relación (5/5); SCI y Safer Choices impactaron positivamente el uso de condón después de 25 meses. PMP midió por igual las intenciones y/o el haber tenido relaciones sexuales, y encuentra una reducción significativa en dicho índice. Los estudios que midieron autorreporte de ITS (FU + PATH) o embarazo (FOK + IMPACT), mostraron menor proporción en el grupo con la intervención de padres, en un seguimiento mayor a 25 meses en el primer caso, y entre 12 y 24 meses para el segundo (cuadro III).

Otro tipo de variables. De manera adicional se identificó la inclusión y evaluación de factores individuales y



a: Para ser incluidos los estudios tenían que medir al menos una variable de intenciones o de comportamiento; b: Además, otro estudio mide también el tener intenciones y/o haber tenido relaciones sexuales en un mismo índice; c: Se refiere a otras personas diferentes a los padres.
n: Número de intervenciones que miden la variable; RS: Relación sexual.

FIGURA I. INDICADORES MEDIDOS EN ESTUDIOS DE EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES CON PADRES PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES. REVISIÓN DE 15 INTERVENCIONES (2002-2009)

familiares asociados al comportamiento sexual en adolescentes. Entre los factores individuales se encuentran efectos positivos en el conocimiento sobre salud sexual (4/4), actitudes (1/2), asertividad (1/1), autoconcepto y/o orgullo de sí mismo (1/1), percepción de riesgo (1/1) y comunicación con otras personas (diferentes a los padres) sobre sexualidad (1/1). Tres de cinco estudios (3/5) que miden autoeficacia encuentran un impacto positivo, uno de ellos entre 13 y 24 meses después (FOK + ImPACT).

Entre los familiares, se evalúan mayoritariamente diferentes dimensiones de la comunicación padres-hijos sobre sexualidad, encontrándose efectos positivos en la frecuencia de comunicación (3/6), uno de ellos después de 25 meses (FU + PATH); y en la percepción de apertura de los padres hacia la comunicación (1/1). PARE encontró un efecto negativo, reportando menor frecuencia de comunicación postintervención. Se hallaron resultados positivos en la percepción de reglas impuestas por los padres (2/2), el monitoreo/

Cuadro III

**EFEKTOS DE LAS INTERVENCIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES,
SEGÚN CONDUCTA MEDIDA Y SEGUIMIENTO***

Conducta evaluada	Seguimiento en meses					
	≤1	1 a 3	4 a 6	7 a 12	13 a 24	≥25
Intenciones de tener o no relaciones sexuales (n=6)						
MDRR (intención de rechazarlas)	+					
REAL MEN (intención de retrasarlas)				+		
PARE (intención de retrasarlas)				+		
SAAF (intención de tenerlas)						-
Intenciones de usar anticonceptivos (n=2)						
RR VIH/SIDA				+		
FOYC+ClmPACT					+	
Prácticas sexuales no-coitales (n=3)						
REAL MEN				-		
SSFL				-		
Relaciones sexuales (n=9)						
MDRR	-					
REAL MEN (abstinencia)			+			
PWC - modalidad PA (inicio) ^a				-		
SCI ^b				-		
FOK+IMPACT			-			
FOK+IMPACT (sexo anal en los últimos 6 meses)				-		
Relaciones sexuales y/o intenciones de tenerlas (n=1)						
PMP - modalidad Enhanced				-		
Uso de condón en la última relación sexual (n=5)						
Keepin' It REAL					+	
Safer choices ^b						+
FU + PATH (no uso)					-	
FOK+IMPACT (no uso)				-		
Uso de condón en cualquier relación sexual (n=5)						
SCI ^b						+
REAL MEN (no uso)				-		
Safer choices (no uso)				-		
FU (uso en los últimos 90 días)				+		
FOYC+ClmPACT					+	
Prevalencia de ITS / embarazo (n=2)						
FU + PATH (ITSs)					-	
FOK + IMPACT (Embarazo en los últimos 6 meses)					-	

* Ver cuadros I y II para la descripción de intervenciones. En estudios con más de un grupo de comparación o modalidad de intervención se presentan los efectos del grupo con el componente de padres vs el control; n: Total de intervenciones que miden la variable; +: Proporción mayor o aumento en el tiempo; -: Proporción menor o reducción en el tiempo; a: Efecto encontrado sólo en afroamericanos; b: Efecto encontrado sólo en hombres

supervisión (1/1) y apoyo familiar (1/2) (resultados no mostrados).

Discusión

Esta revisión sistemática aporta evidencia en relación con el impacto de intervenciones que involucran a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, mostrando su efecto en el comportamiento sexual de los adolescentes, principalmente en cuanto a un mayor uso de condón. En la mayoría de las intervenciones que midieron variables concernientes a las relaciones sexuales, se observa un efecto positivo, por ejemplo en el retraso en su inicio. También se identifica un efecto positivo sobre las intenciones de retrasar o rechazar las relaciones sexuales y/o de usar anticonceptivos; esto es alentador considerando que las intenciones son determinantes de la conducta.⁴⁰

Varias de las intervenciones incluidas, además de medir impacto en comportamiento sexual, buscaron incidir en algún otro tipo de factor asociado a este comportamiento, particularmente en los conocimientos y en la comunicación padres-hijos sobre salud sexual. El efecto positivo en este ámbito es valioso dado el importante rol que tienen elementos individuales, familiares y contextuales, como antecedente del comportamiento sexual en adolescentes.⁴¹

En relación con esto último, existe amplia documentación de intervenciones para fomentar factores protectores del comportamiento sexual, pero como señalábamos, en esta revisión se prioriza el impacto en comportamiento sexual, por lo que se excluyen aquellas otras intervenciones. Bajo dicha priorización es posible que existan estudios que, aún cuando evalúan su efecto en alguna conducta sexual, no fueron identificados en la búsqueda sistemática por dirigirse a comportamiento de riesgo en general (consumo de sustancias, delincuencia, etc.).

Reconocemos que en la revisión de intervenciones no se identifican cuántos de estos programas tienen un currículo basado en abstinencia; no obstante, más de la mitad de ellas incluyen un componente de anticonceptivos, por tanto sabemos que éstas no se tratan de programas basados en abstinencia.

Las revisiones publicadas en el 2002 por Kirby & Miller¹⁴ y por Meschke, Bartholome & Zentall¹⁵ proporcionan una amplia descripción y evaluación de las intervenciones con un componente de padres que hasta ese entonces se habían implementado; el análisis que aquí se presenta, además de proporcionar información actualizada, se diferencia de dichos trabajos en ciertos aspectos señalados a continuación.

Nuestro análisis buscó particularmente intervenciones con un componente de evaluación de impacto en comportamiento sexual, y con al menos un grupo control. Enfatizar esto cobra sentido ya que durante el período revisado por Kirby & Miller (1980-2002), pocos estudios incluían mediciones del comportamiento sexual y de los que lo midieron, ninguno encontró efecto. Nuestros resultados (2002-2009) advierten diferencias en este sentido. Actualmente hay un mayor interés por medir variables de comportamiento y no únicamente factores asociados a éste, encontrando un efecto positivo en la mayoría de los casos. Entre los aspectos que podrían explicar esta tendencia estarían:

Primero: el diseño de muchos estudios en décadas pasadas era poco riguroso.¹⁴ Aún cuando los estudios más recientes aquí analizados consideran diseños experimentales, la medición de variables más "duras", a mayor plazo y técnicas estadísticas sofisticadas, permite garantizar resultados más favorables y confiables.

Segundo: los programas para prevenir VIH/ITS y comportamientos de riesgo en adolescentes se han diseñado desde diferentes enfoques. La primera generación de dichos programas se orientó a informar sobre la forma de transmisión del VIH. Posteriormente, y de acuerdo con las teorías sociales del comportamiento, se incluyó el desarrollo de habilidades. Actualmente, la tercera generación rescata el papel que juegan los procesos familiares⁹ como un área de influencia en el desarrollo de los adolescentes.⁴² Las diferencias en los resultados encontrados entre uno y otro período de estudio pueden asociarse a la caracterización y enfoque de las intervenciones, lo que se refleja en diferentes niveles de impacto.

Tercero: debido a que la literatura sobre determinantes de comportamientos en adolescentes es extensa, sólida y con más difusión, aquellos interesados en diseñar intervenciones pueden incorporar elementos ya reconocidos por tener una influencia positiva, lo que amplía así la posibilidad de lograr los efectos buscados.⁴¹

Cuarto: hay una tendencia a conjuntar, por un lado, intervenciones para adolescentes que han sido ampliamente utilizadas con éxito en años anteriores, y por otro, a incluir un nuevo componente que es la participación de los padres; por ejemplo FU + PATH⁴³ y FOK + ImPACT.⁴⁴ Éstas encuentran efectos positivos en variables importantes de comportamiento. Los resultados positivos podrían ser un efecto combinado y no sólo un impacto atribuible a la participación de los padres.

Existe más experiencia y conocimiento sobre el cómo trabajar ciertos elementos en intervenciones con

padres; sin embargo aquellos que recientemente han diseñado éstas aún reportan que su diseño y evaluación no es tarea fácil, y enfrentan retos similares a los de años atrás. Entre otros, aún existe el desafío de lograr que los padres asistan y/o permanezcan en sesiones de entrenamiento.³² Esto es importante ya que las consecuencias de la poca colaboración, la participación inconstante y las pérdidas de los participantes afectan al volumen de padres capacitados y al diálogo sobre estos temas con sus hijos. Ambos aspectos impactan negativamente a la hora de evaluar las intervenciones.

Para contrarrestar la situación señalada, se usa amplia variedad de estrategias. Las intervenciones se implementan en escuelas para tener acceso "fácil" hacia los participantes, lo que limita la generalización de los resultados. A su vez, la heterogeneidad en los análisis estadísticos que buscan disminuir efectos por pérdidas de participantes hace difícil comparar los resultados entre los estudios. Por otro lado, con frecuencia el manejo de las variables en los análisis estadísticos de diferentes mediciones se hace de distinta manera, lo que afecta la comparación de los resultados reportados entre una y otra medición. Por ejemplo, una variable no se reporta en todas las mediciones, o bien, en algunos casos se reporta como variable mediadora y en otros como resultado.

Otro reto que se presenta invariablemente –y por razones obvias de costeo– es la situación de que las mediciones se basan en el autorreporte y no en indicadores duros como marcadores biológicos que podrían referir a resultados directos en el comportamiento de los adolescentes por ejemplo ITS y/o embarazo. Los estudios que miden prevalencia la obtienen por autorreporte.

También hay que considerar los costos que una intervención requiere, particularmente cuando se quiere trabajar en países con menores recursos. Por ejemplo, se propone utilizar materiales y formatos de intervención autoadministrables como CD³⁰ o libros de tareas,²⁶ sin embargo, la adquisición de estos materiales no siempre es posible de absorber con recursos de la investigación o de las familias. Por otro lado, hay que considerar que la implementación de estas intervenciones en otros países con costumbres y sistemas educativos diferentes requiere adecuación. Se vuelve indispensable contextualizar estas intervenciones sin que dicha adaptación haga perder su efecto.

No se identifica un análisis de costo-efectividad y/o costo-beneficio, ni tampoco la evaluación de procesos. Estudios de esta naturaleza serían ventajosos particularmente para AL, pues a partir de la Declaratoria Ministerial 2008 "Prevenir con Educación"⁴⁵ se busca, entre otras, identificar estrategias que han mostrado efectividad a fin de obtener resultados con menor inversión de dinero.

En AL existen instituciones con larga trayectoria en la formación de padres de familia para la prevención en adolescentes, como IMIFAP y MEXFAM.⁴⁶⁻⁴⁸ El logro de estas instituciones es sumamente valioso, sin embargo no siempre sus programas son evaluados o sus resultados difundidos. En este análisis sólo se identifican 15 intervenciones con padres; sólo una se realizó en AL y una en las Bahamas. Si bien hay una mejoría respecto a décadas pasadas, aún existe un vacío respecto a intervenciones con padres con un diseño de evaluación de impacto. Esta revisión establece un punto de partida para valorar con criterios metodológicos las ventajas de implementar estos programas.

En conclusión, visualizar a los padres como agentes de cambio, incorporándolos a intervenciones educativas diseñadas con metodologías sólidas, con propósitos claros y basados en evidencia, puede favorecer efectos positivos en los comportamientos sexuales de sus hijos adolescentes.

En AL se vuelve necesaria la implementación de estos programas, ya sea bajo nuevos diseños o bien retomando las experiencias de otros países. Es importante que en estas intervenciones se incorpore el uso de la anticoncepción de emergencia (AE), a la vez que se promueve el acceso a otros métodos.⁴⁹ Se requiere asimismo incluir objetivos y análisis considerando el género. A la par de lo anterior, es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos sobre métodos y prevención, reforzando sus habilidades para entablar un diálogo padres-hijos. Estas acciones potencialmente contribuirán a la construcción de alternativas complementarias para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. The World Bank. World development report 2007. Development and the next generation. Washington, DC: The World Bank, 2006.
2. United Nations Population Fund. State of the world population 2003. Making 1 billion count: Investing in adolescents' health and rights. New York: United Nations Population Fund, 2003.
3. Lloyd CB, ed. Growing Up Global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: The National Academy Press, 2005.
4. United Nations Population Fund. Giving girls today & tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy. New York: United Nations Population Fund, 2007.
5. Rodríguez J, Hoppenhayn M. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Desafíos, Publicación de las Naciones Unidas 2007; 4:4-9.

6. Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *J Sex Res* 2002;39:27-33.
7. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Youth Research Working Paper No. 2. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005.
8. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health* 2007;40:206-217.
9. Donenberg G, Paikoff R, Pequegnat W. Introduction to the Special Section on Families, Youth, and HIV: Family-Based Intervention Studies. *J Pediatr Psychol* 2006;31(9):869-873.
10. Kotchick BA, Shaffer A, Forehand R, Miller K. Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clin Psychol Rev* 2001;21:493-519.
11. Campero L, Walker D, Rouvier M, Atienzo E. First Steps Toward Successful Communication About Sexual Health Between Adolescents and Parents in Mexico. *Qual Health Res* 2010;20(8):1142-1154.
12. Kirby D. Sexuality and sex education at home and school. *Adolesc Med State Art Rev* 1999;10(2):195-209.
13. Schuster MA, Corona R, Elliott MN, Kanouse DE, Eastman KL, Zhou AJ, et al. Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:a308.
14. Kirby D, Miller B. Interventions designed to promote parent-teen communication about sexuality. *New Dir Child Adolesc Dev* 2002;97:93-110.
15. Meschke L, Bartholomae S, Zentall S. Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *J Adolesc Health* 2002;31:264-279.
16. Pantin H, Prado G, Lopez B, Huang S, Tapia MI, Schwartz SJ, et al. A randomized controlled trial of Familias Unidas for Hispanic adolescents with behavior problems. *Psychosom Med* 2009;71:987-995.
17. Prado G, Pantin H, Briones E, Schwartz SJ, Feaster D, Huang S, et al. A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:914-926.
18. Stanton B, Cole M, Galbraith J, Li X, Pendleton S, Cottrell L, et al. Randomized trial of a parent intervention: Parents can make a difference in long-term adolescent risk behaviors, perceptions, and knowledge. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:947-955.
19. Wu Y, Stanton B, Galbraith J, Kaljee L, Cottrell L, Li X, et al. Sustaining and broadening intervention impact: A longitudinal randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches. *Pediatrics* 2003;111:e32-8.
20. Deveaux L, Stanton B, Lunn S, Cottrell L, Yu S, Brathwaite N, et al. Reduction in human immunodeficiency virus risk among youth in developing countries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1130-1139.
21. Chen X, Lunn S, Deveaux L, Li X, Brathwaite N, Cottrell L, et al. A cluster randomized controlled trial of an adolescent HIV prevention program among Bahamian youth: Effect at 12 months post-intervention. *AIDS Behav* 2009;13:499-508.
22. Gong J, Stanton B, Lunn S, Deveaux L, Li X, Marshall S, et al. Effects through 24 months of an HIV/AIDS prevention intervention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. *Pediatrics* 2009;123:e917-28.
23. Dilorio C, Resnicow K, McCarty F, De A, Dudley W, Terry D, et al. Keepin' it R.E.A.L.: Results of a mother-adolescent HIV prevention program. *Nurs Res* 2006;55:43-51.
24. Dancy BL, Crittenden KL, Talashak ML. Mothers' effectiveness as HIV risk reduction educators for adolescent daughters. *J Health Care Poor Underserved* 2006;17:218-239.
25. Forehand R, Armistead L, Long N, Wyckoff SC, Kotchick BA, Whitaker D, et al. Efficacy of a parent-based sexual-risk prevention program for African American preadolescents: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1123-1129.
26. Haggerty K, Skinner M, MacKenzie E, Catalano R. A randomized trial of Parents Who Care: Effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prev Sci* 2007;8: 249-260.
27. Dilorio C, McCarty F, Resnicow K, Lehr S, Denzmore P. REAL men: A group-randomized trial of an HIV prevention intervention for adolescent boys. *Am J Public Health* 2007;97:1084-1089.
28. Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública Mex* 2008;50:59-66.
29. Kirby DB, Baumler E, Coyle KK, Basen-Engquist K, Parcel GS, Harrist R, et al. The "Safer Choices" intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *J Adolesc Health* 2004;35:442-452.
30. O'Donnell L, Stueve A, Agronick G, Wilson-Simmons R, Duran R, Jeanbaptiste V. Saving sex for later: An evaluation of a parent education intervention. *Perspect Sex Reprod Health* 2005;37:166-173.
31. Flay BR, Graumlich S, Segawa E, Burns JL, Holliday MY. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: A randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:377-384.
32. Murry VM, Berkel C, Brody GH, Gerrard M, Gibbons FX. The Strong African American Families Program: Longitudinal pathways to sexual risk reduction. *J Adolesc Health* 2007;41:333-342.
33. Lederman RP, Chan W, Roberts-Gray C. Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: Survey comparisons of parent-teen prevention and control groups. *Behav Med* 2004;29:155-163.
34. Lederman RP, Chan W, Roberts-Gray C. Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Behav Med* 2008;33:137-143.
35. Brody GH, Murry VM, Gerrard M, Gibbons FX, Molgaard V, McNair L, et al. The Strong African American Families Program: Translating research into prevention programming. *Child Dev* 2004;75:900-917.
36. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Bansbach S, Harrist R, et al. Short-term impact of Safer Choices: A multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *J Sch Health* 1999;69:181-188.
37. Lederman RP, Mian TS. The Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) Program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behav Med* 2003;29:33-41.
38. Murry VM, Brody GH, McNair LD, Luo Z, Gibbons FX, Gerrard M, et al. Parental involvement promotes rural African American youths' self-pride and sexual self-concepts. *J Marriage Fam* 2005;67:627-642.
39. Villarruel AM, Cherry CL, Cabriales EG, Ronis DL, Zhou Y. A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: Results of a randomized controlled trial. *AIDS Educ Prev* 2008;20:371-383.
40. Ajzen I. Theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50:179-211.
41. Kirby D. Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. *Am J Health Behav* 2002;26:473-485.
42. Perrino T, González-Soldevilla A, Pantin H, Szapocznik J. The Role of Families in Adolescent HIV Prevention: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000;3(2):81-96.
43. Krauss BJ, Godfrey C, Yee D, Goldsamt L, Tiffany J, Almeyda L, et al. Saving our children from a silent epidemic: The PATH program for parents and preadolescents. En: Pequegnat W, Szapocznik J, eds. *Working with families in the era of HIV/AIDS*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000: 89-112.

44. Galbraith J, Ricardo I, Stanton B, Black M, Fiegelman S, Kaljee L. Challenges and rewards of involving community in research: an overview of the 'Focus on Kids' HIV-risk reduction program. *Health Educ Quart* 1996;23:383-394.
45. Declaración Ministerial "Prevenir con Educación". I^a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. México: 2008 [Consultado Septiembre 14 de 2010]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf.
46. Cordero J. ¿Hablar de sexualidad con sus padres ayuda a los adolescentes a prevenir el VIH/SIDA? Un acercamiento al contexto mexicano urbano. (Tesis). México: FLACSO, 2005.
47. Givaudan M, Pick S, Proctor L. Strengthening parent/child communication: An AIDS prevention strategy for adolescents in México City. Women and AIDS Program Research Report Series. Washington DC: International Center for Research on Women, 1997.
48. Pick S, Andrade P. Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence* 1995;30(119):667-675.
49. Walker D, Gutierrez JP, Torres P, Bertozzi SM. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *BMJ* 2006; 332(7551):1189-1194.