

DOI

MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL CAMPO DE LA SALUD SEXUAL

Ricardo Sánchez-Medina y Consuelo Rubi Rosales-Piña
FES Iztacala, UNAM
México

RESUMEN

La psicología de la salud ha cobrado relevancia en los últimos años contribuyendo en la explicación y predicción del comportamiento de riesgo en el proceso de salud-enfermedad. Algunos modelos parten de la premisa de que cambios en variables de tipo cognitivo generarán cambios en el comportamiento; sin embargo, la evidencia empírica muestra que las personas pueden creer que llevar a cabo cierto tipo de comportamientos son perjudiciales para su salud, pero no hacen nada por cambiar esos hábitos. Una explicación de por qué no se generan cambios a partir de la intervención en variables cognitivas, es porque se deja de lado el contexto en el cual se encuentran las personas, como la familia y la escuela, entre otros; de esta manera, considerar que un individuo está inmerso en diversos ambientes dará un panorama diferente para explicar el por qué una persona se enferma o está saludable. Una aproximación que permite entender el proceso de salud-enfermedad desde esta perspectiva es el modelo ecológico, por lo cual el objetivo del presente trabajo es ejemplificar la utilización de dicho modelo mediante una revisión teórica en el ámbito de la salud sexual.

Palabras Clave:

salud sexual, comportamiento de riesgo, modelo ecológico

ECOLOGICAL MODEL APPLIED TO THE FIELD OF SEXUAL HEALTH

ABSTRACT

In the health-disease process, health psychology has become relevant in explaining and predicting risk behavior. Some models start from the premise that changes in variables of cognitive type generate changes in behavior; However, empirical evidence shows that people may believe that carrying out certain behaviors are detrimental to their health, but they do nothing to change those habits. An explanation of why they do not generate changes from the intervention in cognitive variables, is because they leave aside the context in which they are, such as: family, school, among others; In this way consider that an individual is immersed in different environments will give a different view to explain why a person gets sick or not. An approach that allows to understand the health-disease process from this perspective is the Ecological Model, so the objective of the present work is to exemplify the use of this model through a theoretical revision in the field of sexual health.

Keywords:

sexual health, risk behavior, ecological model.

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 1 de Agosto de 2017 | Aceptado: 1 Septiembre de 2017 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2017 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL CAMPO DE LA SALUD SEXUAL

Ricardo Sánchez-Medina y Consuelo Rubi Rosales-Piña
FES Iztacala, UNAM
México



Ricardo Sánchez-Medina
FES Iztacala, UNAM
Correo: ricardo.sanchez@ired.unam.mx

Doctor en Psicología en la UNAM en el campo de Psicología y Salud, Maestro en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la FESI-UNAM, en 2008. Está acreditado como Tutor en Educación E-learnig por parte de la FESI-UNAM; cuenta con una Especialidad en entornos virtuales de aprendizaje por la OEI.

[Ver más...](#)



Rubi Rosales-Piña
FES Iztacala, UNAM
Correo: rubi.rosales@ired.unam.mx

Licenciada en Psicología por la UNAM FES Iztacala. Maestra en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, UNAM FES Iztacala. Profesor de Asignatura "A" de la FESI-UNAM en la carrera de Psicología en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) desde 2009.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Se atribuye a los autores la responsabilidad única de concebir y desarrollar los puntos de vista en cada una de las secciones que se presentan en este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA304317 Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

DATOS DE FILIACIÓN DE LS AUTORES

Sistema de Univeridad Abierta y Educación a Distancia, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.



Copyright: © 2017 Sánchez-Medina R., Rosales-Piña, R.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autoras.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	6
Diseño., 6	
Participantes., 6	
Instrumento., 7	
Procedimiento., 7	
Resultados, 7	
CONCLUSIONES	8
DISCUSIÓN	9
REFERENCIAS	10

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas los especialistas en el campo de la psicología de la salud, han incursionado en el estudio de las relaciones entre el funcionamiento psicológico, la preservación de la salud y el desarrollo de diferentes enfermedades, para lo cual se han utilizado y/o creado modelos que pretenden explicar, predecir y/o modificar el comportamiento de riesgo o de prevención.

Algunos de dichos modelos son: Modelo de Creencias de Salud de Rosentock, Strecher y Becker (1994); Modelo de Autoeficacia de Bandura (1999); Modelo de Reducción de Riesgo de Catania, Kegeles y Coates (1990); Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980); Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1985); Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales de Fisher y Fisher (1992), y Modelo Integral de Fishbein (2000).

Desde estos modelos se ha encontrado una relación entre variables de tipo cognitivo y el comportamiento preventivo, es decir, se ha observado que las personas que piensan en alimentarse adecuadamente pueden prevenir la diabetes, es más probable que lo hagan, en comparación a las que no lo conciben así; sin embargo, también se han encontrado algunas inconsistencias; Ribes (1990) menciona que suponer cambios de tipo cognitivo para producir cambios en el comportamiento no necesariamente da ese efecto; por ejemplo, en el ámbito de la prevención de salud sexual se ha encontrado que los adolescentes en general poseen creencias favorables hacia el uso del condón sin ser equivalente a que lo usen en todas sus relaciones sexuales (Enríquez y Sánchez, 2015).

En este sentido, DiClemente, Salazar y Crosby (2007) sugieren que para lograr una mejor comprensión de los problemas que afectan la salud se deben tener en cuenta las distintas esferas sociales en las cuales la persona se encuentra inmersa, dado que los modelos antes mencionados sólo se centran en el individuo, dejando de lado otros entornos que pueden estar participando, como la familia, la escuela y el trabajo, entre otros, y que pueden ser determinantes en el comportamiento preventivo o de riesgo. Considerar estos contextos ofrece un panorama diferente que permite entender la compleja red de elementos que afectan a las personas, y en función de ello generar e implementar intervenciones que disminuyan el comportamiento riesgoso.

Con base en lo anterior, se aborda el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987); desde esta perspectiva se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y ordenadas en diferentes niveles microsistema (micro), mesosistema (meso), exosistema (exo) y macrosistema (macro); se parte de la premisa de que para analizar al individuo es indispensable estudiarlo en relación con los diferentes contextos en que se encuentra inmerso; esto es importante debido a que el comportamiento para prevenir la enfermedad o promover la salud se establece en múltiples ambientes, recibiendo influencia directa o indirecta de distintos lugares y personas que establecen determinados tipos de conductas; el modelo es considerado explicativo, aunque actualmente se utiliza para la intervención.

Al retomar este modelo, Enríquez, Sánchez y Robles (2011) mencionan que en el nivel micro se contemplan las variables de tipo psicosocial que se evalúan en los diferentes modelos de salud —como conocimientos, actitudes, intenciones y autoeficacia, por mencionar algunas—. El nivel meso comprende los ambientes que están directamente relacionados con las personas, como la familia (estructura familiar, el apoyo y supervisión familiar), la escuela (relación con maestros y compañeros) y los grupos recreativos (grupos de baile, deportivos, espirituales, etcétera). El nivel exo se refiere a los sistemas que no están directamente relacionados con la persona, pero que lo afectan de manera indirecta, es decir, la situación laboral, características de la localidad, nivel de escolaridad de los padres, etcétera. El nivel macro lo configuran los factores socioeconómicos, ideológicos y culturales en los que se desenvuelve la persona; entre estos se pueden mencionar los estereotipos de género, la influencia de los medios de comunicación, usos y costumbres, de tal modo que el modelo funciona como guía para identificar las condiciones particulares en que actúa un sujeto, así como los factores que determinan sus comportamientos, relaciones, decisiones e interconexiones de todo tipo.

Las investigaciones que retoman el Modelo Ecológico explican el comportamiento de las personas y sus interacciones en los diferentes ambientes y cómo esto hace más probable la adquisición de una enfermedad o la prevención de la misma. Ejemplo de ello es la investigación de Abrams, Theberge y Karan (2005), donde analizaron el punto de vista psiquiátrico contrastándolo con la perspectiva ecológica; estos autores hacen una crítica a los sistemas de clasificación para diagnosticar la depresión en adolescentes, enfatizando que dichos criterios la mayoría de las veces no se cumplen, además de que asignan una etiqueta negativa a las personas; la relevancia principal de este trabajo es que considera

que en un primer momento es fundamental hacer una evaluación general de todas las variables en que se encuentra inmerso el adolescente para conocer en qué medida cada uno de éstas se vincula con la depresión, sin centrarse en criterios diagnósticos.

En cuanto al tema de adicciones a sustancias en adolescentes, se han estudiado los factores que se vinculan con el consumo de drogas; algunos de estos son: altos índices de depresión, percepción de problemas familiares, exposición a situaciones de violencia con la familia o con la escuela, y de manera general en la comunidad donde viven (Hilarski, 2006). En esta misma línea, para las personas que están en tratamiento por abuso de sustancias los factores que se han encontrado para que las personas se mantengan en dicho programa, está relacionado con el soporte social que reciben tanto de la institución como de su familia; destacando que los jóvenes que reciben apoyo familiar son quienes mejores resultados tienen en la intervención (Jones, Heflinger y Saunders, 2007).

Asimismo se ha estudiado el contexto del adolescente en relación con el control diabético, resaltando que para establecer una mejor regulación en la alimentación y en el monitoreo de la glucosa es indispensable el apoyo de la familia, porque se ha encontrado que los jóvenes que tienen una buena comunicación con los padres y se sienten apoyados por éstos tienen mayor control de la diabetes (Liles y Juhnke, 2008).

En la investigación realizada por Wells y Olson (2006) se identificaron los componentes que se relacionan con el sobrepeso y la obesidad; estos autores encontraron que los hábitos de alimentación, de actividad física y el tiempo dedicado a ver televisión se asocian con aspectos asociados con la tecnología del hogar y del lugar de trabajo, esto es, el diseño de las construcciones, del vecindario, los sistemas de transporte, así como el empleo de la madre que le limita el tiempo disponible para cocinar algo saludable, causando la compra de comida rápida rica en carbohidratos.

En la investigación de Sánchez y Robles (2014) se encontró que los jóvenes que se comunicaban con mayor frecuencia con sus padres acerca de aspectos relacionados con comprar condones y prevenir infecciones de transmisión sexual eran los que retardaron la edad del inicio de relaciones sexuales y quienes reportaron utilizar condón con mayor frecuencia.

Desde la perspectiva del modelo ecológico se retoman las principales variables que los diferentes modelos de salud de corte individual mencionan, lo que significa que desde este enfoque se intenta ampliar el foco de análisis centrándose en los diferentes contextos en que se encuentra inmersa la persona; para tener una mejor comprensión

de este modelo, el objetivo del presente trabajo es ejemplificar la utilización del Modelo Ecológico mediante un revisión teórica en el ámbito de la salud sexual.

MODELO ECOLÓGICO Y SALUD SEXUAL

El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner ha sido utilizado como marco de referencia para evaluar el comportamiento sexual, siendo una herramienta que permite reconocer el contexto en que el joven se encuentra inmerso. Desde esta visión, se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras interconectadas en un mismo fenómeno desde sus cuatro diferentes niveles.

El nivel micro se refiere al contexto más inmediato de la persona; corresponde al patrón de actividades, roles, relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado en el que participa. Dadas las características de los elementos que define este nivel, algunas variables que se pueden ubicar respecto al comportamiento sexual de riesgo han sido los siguientes.

- 1) Conocimientos que se tienen respecto a la prevención y transmisión del VIH/SIDA, en donde se ha encontrado que niveles altos de información son necesarios, pero no suficientes, para que una persona se comporte de manera preventiva (Enríquez et al., 2011).
- 2) Actitudes e intenciones para usar el condón; entre más favorables sean, es más probable la ocurrencia de una conducta sexual saludable (González, 2009).
- 3) Autoeficacia de negociar y usar el condón en sus relaciones sexuales; a mayor autoeficacia mayor probabilidad de usar condón en sus relaciones sexuales (Vargas y Barrera, 2002).
- 4) Creencias sobre el uso del condón; creencias favorables coadyuvan a que las personas lo utilicen (Enríquez y Sánchez, 2015).
- 5) Autoestima; se ha encontrado que una autoestima más alta se asocia con el uso del condón en relaciones sexuales (Van Horne, Wiemann y Berenson, 2009).
- 6) Comunicación con la pareja sobre temas sexuales; se ha observado que a mejor comunicación sobre el uso del condón, mayor es su uso (Auerbach y Coates, 2000).

El nivel meso comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente, como la familia, el grupo de pares y la comunidad donde vive. Respecto a la familia, se considera que cuando ésta se involucra en las actividades que realizan los hijos y cuando existe una mejor comunicación entre padres e hijos, éstos tienden a tener comportamientos sexuales de prevención (Henrich, Brookmeyer, Shrier y Shahar, 2006; Okafor y Holder, 2005). Algunas variables familiares, son las siguientes.

1) Estructura familiar; se refiere a con quién vive la persona; se ha reportado que cuando los adolescentes viven con ambos padres es más probable que tengan comportamientos sexuales preventivos (Kim, 2007).

2) Apoyo familiar; indica el tipo de respaldo y solidaridad recibido por parte de la familia, sobre todo de los padres en términos emocionales, financieros y de información; al respecto se ha encontrado que a mayor apoyo de los padres los hijos retardan la edad de iniciación sexual o incrementan el uso del condón (Van Horne et al., 2009).

3) Monitoreo y supervisión parental, es decir, cuánta participación existe del padre o la madre en el cuidado de los hijos; se ha asociado que cuando hay mayor monitoreo parental, los hijos retardan la edad de la actividad sexual (Voisin, DiClemente, Salazar, Crosby y Yarber, 2006).

4) Comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales; por ejemplo, el uso de condón, embarazos y relaciones sexuales, entre otros; los hallazgos han sido que a mayor comunicación más conductas sexuales protectoras (Chapman y Werner-Wilson, 2008).

5) Norma social; son reglas que se espera sigan las personas y que pueden ejercer presión social para realizar determinado tipo de conductas, como tener relaciones sexuales protegidas o no (Ayoola, Nettleman y Brewer, 2007).

6) Contextos de interacción, como la escuela, el trabajo y la comunidad donde viven; éstos son significativos en la medida en que repercuten en el comportamiento sexual si en la comunidad en donde vive hay mayor incidencia de VIH/SIDA o de embarazos no deseados (Brendgen, Wanner y Vitaro, 2007; Padilla, Guilamo-Ramos y Bouris, 2010).

El nivel exo se refiere a los sistemas que no están directamente relacionados con la persona, pero que lo afectan de manera indirecta; en el caso de los adolescentes se enlistan los siguientes.

1) Situación laboral de los padres; influye en el monitoreo y la supervisión parental, ya que cuando se tiene una gran cantidad de horas laborando es menos probable que se tenga tiempo para supervisar lo que hacen los hijos (DiClemente et al., 2007).

2) Nivel de escolaridad de los padres; bajos niveles de escolaridad se han asociado con el comportamiento sexual de riesgo en los hijos (Vélez-Pastrana, González-Rodríguez y Borges-Hernández, 2005).

El nivel macro lo configuran los factores socioeconómicos, ideológicos y culturales en los que se desenvuelve la persona, que afecta de manera transversal a los sistemas de menor orden; la evidencia empírica

considera en este nivel el estatus socioeconómico (Corcoran y Franklin, 2002) y la raza (Knowlton, Buchanan, Wissow, Pilowsky y Latkin, 2008). La crítica fundamental es que evaluar un nivel macro sólo con ingresos y raza no es representativo de la cultura, por lo que se propone incluir en este nivel dos aspectos.

1) Premisas socioculturales; entendidas como las que norman, rigen y gobiernan los sentimientos, las ideas y el comportamiento (Díaz-Guerrero, 1994); partiendo de estas premisas, la cultura entreteje las creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan en la sociedad, dando lugar a los estereotipos de género (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005); en particular, cuál es el comportamiento sexual que socialmente se permite a un hombre o a una mujer.

2) Influencia de los medios de comunicación; asociados con el comportamiento de los adolescentes, particularmente en lo referente a la información que reciben de la televisión, radio e internet acerca de la sexualidad (Voisin et al., 2006).

Con base en este modelo, se plantea que para que una persona tenga comportamientos preventivos es necesario analizar no sólo lo que ocurre en cada uno de estos niveles, sino la interacción entre niveles; por ejemplo, para que una persona use condón en sus relaciones sexuales se tiene que indagar acerca de cuál ha sido su patrón de comportamiento sexual, la información que tiene sobre prevención del VIH/SIDA, lo que percibe en torno a contagiarse de VIH, los contextos en que tiene relaciones sexuales, si son bajo la influencia de alcohol, drogas, el tipo de pareja (ocasional/estable), la comunicación con la pareja, el papel de la familia y los amigos en el comportamiento sexual, así como la influencia cultural, por mencionar algunos. A continuación se presentan algunas investigaciones realizadas para explicar, predecir y modificar el comportamiento sexual desde el Modelo Ecológico.

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DESDE EL MODELO ECOLÓGICO

En cuanto al tema de la iniciación romántica y sexual temprana, Vargas y Barrera (2002) identificaron las variables que se asocian para que un adolescente inicie su vida sexual activa, encontrando variables individuales —como la autoestima, la autoeficacia y la autonomía emocional—, familiares —como la calidad en la relación familiar y el apoyo parental— y sociales —como la influencia del grupo de pares y de la televisión—; estos autores mencionan que si se pretende comprender por qué los adolescentes inician su vida sexual a edades tempranas

nas, se deben de analizar sobre todo estos contextos para tener una comprensión más amplia que permita ayudar a los jóvenes a tomar la decisión de cuándo iniciar su vida sexual con un comportamiento preventivo.

En este mismo sentido, también se han evaluado los factores contextuales que lleva a las personas a tener relaciones sexuales de riesgo, por ejemplo, Padilla et al. (2010) analizan el contexto político y social de República Dominicana en relación con el turismo y la incidencia de VIH/SIDA, encontrando que los hombres que viven del turismo, en su mayoría, han tenido intercambios sexuales con hombres o con mujeres, poniéndolos en una situación de riesgo debido a que es más alto el predominio de VIH entre trabajadores sexuales y sus clientes, por la influencia del consumo de alcohol y de drogas en las zonas turísticas y porque los hombres reportaron que aunque usan el condón en sus relaciones sexuales, cuando sus clientes son frecuentes dejan de usarlo por la confianza que sienten hacia ellos.

Específicamente, Van Horne et al. (2009) encontraron algunas asociaciones con el no uso del condón en mujeres adolescentes, entre las que destacan: estar embarazada, que la pareja no quiera usar condón, recibir violencia por parte de la pareja, la asistencia a la iglesia y el reducido monitoreo parental.

Respecto del embarazo, Ayoola et al. (2007) han encontrado algunas razones de por qué las mujeres tienen embarazos no deseados; estos investigadores las dividen en tres bloques; 1) razones individuales: poca percepción de riesgo de embarazarse, carencia de conocimientos, actitudes negativas y creencias negativas hacia el uso del condón; 2) razones interpersonales: pareja, familia o amigos que no están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos, y 3) razones sociales: limitaciones en el acceso a los condones, inconveniencia y costo; en este sentido, los autores plantean que para el diseño de programas de intervención no sólo basta con cambiar percepciones y dar información acerca del tema, sino que se debe dotar de las herramientas necesarias que les permita llevar a cabo una conducta sexual protegida dentro del contexto y de las personas con que se relaciona; tal y como lo demuestra el estudio de Corcoran y Franklin (2002) en donde los programas que incluyen el trabajo con mujeres adolescentes y algún integrante de su familia se sienten más apoyadas y permanecen más tiempo en las sesiones de intervención.

En un nivel más amplio se considera necesario evaluar el impacto que juegan el género, la pobreza, el desempleo y la carencia al acceso al cuidado médico (El-Bassel, Caldeira y Ruglass, 2009).

En relación con el estigma en la sociedad respecto al VIH, se ha analizado a partir de cinco factores (Okafor y Holder, 2005): 1) percepción del estigma, autoestima de la persona que vive con VIH, conocimientos, creencias, actitudes y conductas relacionadas hacia las personas que son portadores del virus; 2) relación que tiene la persona con VIH en su escuela, trabajo, iglesia y otros contextos significativos, así como el uso de drogas por parte de la pareja y amigos; 3) cuidado y soporte de la familia; 4) intereses, características, valores y normas dentro de la comunidad en donde vive, y 5) leyes, políticas y estrategias utilizadas para proteger a la población que vive con VIH, concluyendo que cada uno de estos contextos, asociados con la estigmatización y la discriminación, deben ser tomados en cuenta para el trabajo que se realice con este tipo de población.

También se ha evaluado a personas que viven con VIH. En un estudio realizado por Knowlton et al. (2008) se identificaron las situaciones de vida de niños afectados por sus padres que viven con VIH, señalando que la falta de redes sociales por parte de los padres con VIH se relaciona con un mal comportamiento del hijo, o incluso asumen el papel de cuidadores de los padres; los autores concluyen diciendo que es necesario dotar a estas familias de recursos y de redes sociales que les ayuden a salir adelante y que, a pesar de ser portadores o haber desarrollado el SIDA, sean los padres los encargados de favorecer el desarrollo de sus hijos y no a la inversa.

En este sentido, también se ha evaluado el papel que juega la familia no sólo en el desarrollo adecuado de los hijos, sino se ha considerado su influencia dentro del comportamiento sexual. Por ejemplo, Corcoran (2001) encontró una relación entre el funcionamiento familiar, la estructura familiar, la raza y el estatus socioeconómico en el comportamiento sexual de los adolescentes, encontrando que los principales problemas que suelen presentar son en las áreas de comunicación, resolución de problemas, roles y control de los padres hacia los hijos; esta investigación aporta la relevancia del entrenamiento conductual enfocado en el desarrollo de habilidades para la comunicación y de resolución de problemas dentro de la familia, con el objetivo de favorecer comportamientos sexuales preventivos.

Otras variables familiares que se han asociado al comportamiento sexual de los adolescentes están relacionados con la actitud de los padres respecto al sexo (Chapman y Werner-Wilson, 2008), sobre el apoyo recibido por parte de los padres (Henrich et al., 2006) y acerca de los estilos parentales y la disciplina (Vélez-Pastrana et al., 2005).

Como se puede ver en la revisión previa, gran parte de las variables que se consideran en el Modelo Ecológico parten de los modelos de salud de corte individual; esto sugiere que no se trata de anular las propuestas ya existentes que se han elaborado, sino más bien de incluir las variables que se encuentran en un nivel individual y ampliar el foco de análisis considerando los contextos que pueden afectar o ayudar al desarrollo óptimo de la persona.

Las investigaciones que toman en cuenta el nivel macro generalmente evalúan en este nivel atributos como la raza y las diferencias de género, centrandó el análisis sólo en establecer diferencias entre razas o entre hombres y mujeres; asimismo, el estatus socioeconómico es evaluado a partir de los ingresos económicos anuales. Finalmente, las investigaciones que mencionan aspectos culturales y de valores no especifican de qué manera se pueden evaluar (El-Bassel et al., 2009; Knowlton et al., 2008; Okafor y Holder, 2005).

INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL DESDE EL MODELO ECOLÓGICO

Desde este modelo las variables que se utilizan para generar cambios son muy similares a las que parten de otros modelos de salud, ubicándolas en un nivel individual (micro); se consideran aspectos como la autoestima y el desarrollo de habilidades (Banyard y Williams, 2007), empoderamiento (Cornish y Campbell, 2009; Trickett, 2009), información, actitudes y autoeficacia (DiClemente et al., 2007; Schaalma, Abraham, Gillmore y Kok, 2004) y toma de decisiones y resolución de problemas (Shoveller, Johnson, Savoy y Pietersma, 2006; Trickett, 2009).

La diferencia fundamental estriba en que en este nivel no sólo se considera el entrenamiento en habilidades a partir de una simulación, sino más bien se incluye a la pareja en la intervención o se invita a la pareja que participe en alguna sesión (DiClemente et al., 2007; Pinto y McKay, 2006).

En el nivel meso a nivel familiar, las variables en que se interviene son monitoreo y supervisión parental (Banyard y Williams, 2007; DiClemente et al., 2007), y comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad (Hutchinson, 2002; Pinto y McKay, 2006). Las investigaciones basadas en este nivel están en tres vertientes: 1) aquellas en las que sólo se interviene con los hijos; 2) en las que sólo se interviene con los padres, y 3) ambos; la postura es que se pueda trabajar tanto con padres e hijos para tener una mejor comprensión de lo que sucede en el terreno sexual, y así poder conocer qué lleva a los adolescentes a tener una conducta sexual segura (Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013).

Respecto al nivel macro, se realiza el análisis en términos de la disponibilidad de los servicios de salud (Banyard y Williams, 2007; Shoveller et al., 2006), sobre las estrategias de gobierno en relación con la prevención (Berkman, Garcia, Munoz-Laboy, Paiva y Parker, 2005; Schaalma et al., 2004), disponibilidad y acceso de condones (DiClemente et al., 2007; Trickett, 2009), redes sociales y soporte social (Mooney y Sarangi, 2005; NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008), e influencia del grupo de pares (Pedraza, 2009; Pinto y McKay, 2006). Cabe mencionar que, dentro de estas investigaciones, la intervención que muestra evidencia empírica sólo es el soporte social, a través de la influencia del grupo de pares, demostrando que cuando se trabaja con algún líder del grupo es más probable que el resto de compañeros sigan sus pasos; a nivel institucional sólo se menciona que se deben crear campañas para prevenir la infección por VIH; sin embargo, no reportan acciones concretas a seguir o de qué forma poder hacerlo; es por ello que dentro de este nivel se debe tener cuidado al momento de diseñar un programa de intervención que pretenda impactar en este nivel, por las múltiples condiciones que a nivel institucional no son tan fáciles de atender.

En este mismo sentido es importante hacer notar que, dentro de las intervenciones, se trata de hacer un análisis desde una visión ecológica en donde —en la medida de lo posible— se incluyan al menos dos contextos para generar una intervención; el más común es combinar algunas variables del nivel individual con variables del nivel relacional o familiar centrados sobre todo en habilidades de comunicación y negociación. Respecto al nivel comunitario y social, a pesar de que se tienen contempladas variables que van desde el grupo de amigos hasta considerar la influencia de gobierno, en general las intervenciones trabajan sobre la modificación de la norma entre pares o buscan recursos para lograr un comportamiento sexual preventivo; por ejemplo, buscar la disponibilidad de condones.

En cuanto a los efectos de las intervenciones diseñadas a partir de este enfoque, es necesario considerar que su efectividad en una población no necesariamente lo será en otra, por muy similares que éstas sean, por lo que se deben considerar el contexto cultural y el social en los que se encuentra el grupo al que se aplicará la intervención (Cornish y Campbell, 2009; Trickett, 2009).

En cuanto a la efectividad de las intervenciones, se ha encontrado que cuando se trabaja con profesores y alumnos no siempre existe una buena interacción entre éstos, lo que dificulta el proceso del programa; asimismo, el personal escolar no reconoce la severidad del

problema, dado que existe poca motivación para llevarlos a cabo; a pesar de ello, dentro del contexto escolar los adolescentes tienden a incrementar el nivel de conocimientos, mejorar sus actitudes y a desarrollar habilidades para tener un comportamiento sexual seguro (Visser y Schoeman, 2004). Es necesario sensibilizar a los directivos y profesores acerca de la importancia de generar programas de intervención con los estudiantes, dado que se ha demostrado que sólo es una creencia suponer que si se habla de sexualidad con los jóvenes se está promoviendo una vida sexual activa; por el contrario, se ha demostrado que los adolescentes retardan su edad en el comienzo de su actividad sexual, y cuando tienen su primer encuentro es más probable que se use condón (Nagamatsu, Saito y Sato, 2008).

De igual forma, cuando se trabaja en las sesiones en conjunto con la pareja, se obtienen mejores resultados en las habilidades para usar condón en las relaciones sexuales (NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008), aunque no necesariamente implica que usen el condón; es por ello que se debe complementar con el cambio en el sistema de creencias respecto al uso del condón y la importancia de utilizarlo.

También se ha intentado intervenir en cuanto a qué hacen los padres y cómo su influencia repercute en la salud sexual de sus hijos; esto debido a que es en la familia en donde se transmiten valores, emociones, afectos, creencias, usos y tradiciones (Padilla y Díaz-Loving, 2013), aunado a que es el sistema primario —por el cual atraviesa toda persona y representa la influencia más temprana y duradera en el proceso de socialización— en donde hombres y mujeres definen qué se debe hacer y cómo se debe hacer, qué está permitido y qué no (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005). Cuando se trabaja con padres se mejora la comunicación con sus hijos y se promueve mayor supervisión y monitoreo (Pinto y McKay, 2006); esto es importante porque cuando se promueven estos comportamientos en los padres, es más probable que los hijos tengan una conducta sexual segura o que retarden la edad en que se inician sexualmente (Baptiste, Tolou-Shams, Miller, McBride y Paikoff, 2007; Guilamo-Ramos et al., 2006; Henrich et al., 2006).

A partir del Modelo Ecológico, se sugiere que se debe invitar a las sesiones a las personas significativas que contribuyan a que las personas tengan una conducta sexual segura; sin embargo, no siempre es posible hacerlo por cuestiones de disponibilidad de todos los involucrados. A pesar de ello, se intenta conocer a través de los usuarios qué hacen y qué piensan las personas significativas para ellos, y se desarrollan estrategias que les permitan hablar o interactuar de manera diferente; esto

es a través de ofrecer los recursos para que las personas puedan tener conductas saludables en los contextos en que se encuentran (Trickett, 2009).

De este modo, se pretende que las personas encuentren redes de apoyo, que se empoderen de las acciones que realizan y que sean capaces de afrontar situaciones sexuales en las que no hay preservativos, o de buscar los medios para evitar el riesgo de infección sexual (Banyard y Williams, 2007; Mooney y Sarangi, 2005). Asimismo se pretende que las personas rastreen dentro de su comunidad cómo tener acceso a condones; que no sólo implique comprarlos, sino conseguirlos de manera gratuita en algún Centro de Salud (Cornish y Campbell, 2009); este tipo de estrategias ayuda a describir y entender qué sucede en su entorno y así analizar qué tan fácil o difícil es tener acceso a un condón, lo cual en muchas ocasiones es prácticamente imposible, sobretodo en personas muy jóvenes a quienes se les llega a negar el servicio.

Las intervenciones enfocadas en la prevención del VIH/SIDA desde una perspectiva ecológica son pocas; la compilación que se presentó con antelación incluye algunos estudios de corte empírico, pero en general son propuestas teóricas que delimitan qué aspectos se deben contemplar en los programas de intervención; sin embargo, no reportan resultados que demuestren su efectividad.

A pesar de que retoman la idea central del Modelo Ecológico, en la cual se debe estudiar al individuo desde diferentes niveles, no mencionan propiamente el nivel micro, meso, exo y macro; más bien las variables que consideran las dividen en cuatro grupos: nivel individual, nivel relacional, nivel familiar y nivel comunitario o social.

CONCLUSIONES

En la revisión de las investigaciones presentadas se aprecia que las variables que se consideran en el Modelo Ecológico para la evaluación e intervención parten de los modelos de salud de corte individual, por lo que desde este modelo se deben incluir variables de otros modelos que han demostrado ser efectivos, pero con la condición de tomarlos dentro de un contexto social (Schaalma et al., 2004). Esto debido a que los problemas no son inherentes a las personas, sino que se presentan en un contexto social, esto es, en ocasiones el medio dificulta que las personas realicen conductas sexuales protegidas (Cornish y Campbell, 2009).

A pesar de incluir variables de otros modelos, no se debe olvidar que incrementar el grado de información y cambiar el sistema de creencias es necesario, pero no suficiente, por lo que se debe incidir en el desarrollo de habilidades conductuales considerando el contexto en

que ocurren para su evaluación e intervención, e incluso considerar técnicas tanto cuantitativas como cualitativas (Shoveller et al., 2006).

Para tener éxito en las intervenciones se deben crear contextos sociales y políticos para promover la salud sexual (Berkman et al., 2005), pero reconociendo que no tan fácil se pueden cambiar las normas sociales y políticas; pese a ello, se debe hacer lo posible por integrar contextos más amplios (Schensul y Trickett, 2009), siempre enfatizando la interacción de los contextos significativos vinculados al comportamiento. Considerando lo anterior, los programas de intervención deben incluir a más de dos personas relacionadas con la conducta; por ejemplo, la pareja (Schensul y Trickett, 2009) o los padres (Guilamo-Ramos et al., 2006) para propiciar cambios no sólo en el individuo sino en la interacción que establece con ellos.

Como se ha evidenciado, la inclusión de variables a nivel relacional en los diferentes contextos es uno de los grandes aportes del Modelo Ecológico, pero hasta el momento la mayor evidencia es teórica, sobre todo en el ámbito de la evaluación, por lo que es necesario generar líneas de investigación que permitan someter estas propuestas a prueba empírica.

En un primer momento, para identificar cuáles son las variables que se deben evaluar y cómo evaluarlas, y segundo, para conocer qué estrategias se deben emplear en función de los diferentes contextos e individuos involucrados en los programas de intervención que permitan evidenciar cómo se generan los cambios en el comportamiento.

Por ejemplo, habilidades que permitan a los participantes buscar en su comunidad los recursos sociales (Labbok, 2008), reconociendo las diferencias culturales, con el objetivo de proporcionar herramientas para enfrentar a su medio, y que éste no obstaculice el comportamiento preventivo (Stephenson, 2009).

Una de las ventajas de esta revisión es que ofrece un panorama amplio de las variables que componen al modelo, y si bien es difícil intervenir en todas las variables, es necesario contar con información acerca de la totalidad de las variables que definen al modelo para tener un sustento conceptual congruente con la teoría con la cual se esté trabajando (Robles y Diaz-Loving, 2011).

Si bien durante la revisión teórica presentada se aborda el Modelo Ecológico con la conducta sexual, se busca que se puedan atender otras problemáticas para contribuir a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Abrams, K., Theberge, S. K., y Karan, O. C. (2005). Children and Adolescents Who Are Depressed: An Ecological Approach. *Professional School Counseling*, 8(3), 284.
- Ajzen, I. (1985). Recuperado de intentions to actions: a theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (eds.), *Action control from cognition to behavior* (pp. 11-39). Nueva York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Auerbach, J., y Coates, T. (2000). HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *The American Journal of Public Health*, 90(7), 1029-1032.
- Ayoola, A. B., Nettleman, M., y Brewer, J. (2007). Reasons for Unprotected Intercourse in Adult Women. *Journal of Women's Health*, 16(3), 302-310.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée de Broker.
- Banyard, V. L., y Williams, L. M. (2007). Adolescent survivors of sexual abuse: developmental outcomes. *Prevention Researcher*, 14(2), 6-10.
- Baptiste, D., Tolou-Shams, M., Miller, S., McBride, C., y Paikoff, R. (2007). Determinants of parental monitoring and preadolescents sexual risk situations among African American families living in urban public housing. *Journal of Child and Family Studies*(16), 261-274.
- Bárcena, S., Robles, S., y Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Berkman, A., Garcia, J., Munoz-Laboy, M., Paiva, V., y Parker, R. (2005). A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1162-1172.
- Brendgen, M., Wanner, B., y Vitaro, F. (2007). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2070-2075.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Catania, J., Kegeles, S., y Coates, T. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education*, 17, 53-72.
- Chapman, E. N., y Werner-Wilson, R. J. (2008). Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality? *Adolescence*, 43(171), 505-523.
- Corcoran, J., y Franklin, C. (2002). Multi-systemic risk factors predicting depression, self-esteem, and stress in low SES and culturally diverse adolescents. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 5(2), 61-76.
- Corcoran, J. (2001). Multi-Systemic Influences on the Family Functioning of Teens Attending Pregnancy Prevention Programs. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 18(1), 37-49.
- Cornish, F., y Campbell, C. (2009). The social conditions for successful peer education: A comparison of two HIV

- prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American Journal of Community Psychology*, 44(1-2), 123-135.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Premisas socioculturales, actitudes e investigación transcultural. En *Psicología del mexicano* (pp. 116-128). México: Trillas.
- DiClemente, R., Salazar, L., y Crosby, R. (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, nil(nil), 1-19.
- El-Bassel, N., Caldeira, N. A., y Ruglass, L. M. (2009). Addressing the Unique Needs of African American Women in HIV Prevention. [Feature]. *American Journal of Public Health*, 99(6), 996-1001.
- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2015). Patrón de comportamiento sexual en estudiantes universitarios: diferencias de género en el comportamiento sexual. En G. García y O. Cruz. *Los retos de la Psicología en la sociedad contemporánea*. México: Colección Montebello, UNICACH. 159-166.
- Enríquez, J., Sánchez, A. y Robles, J. (2011). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. México: UNAM.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278.
- Fisher, J., y Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 14-26.
- Guilamo-Ramos, V., Dittus, P., Jaccard, J., Golberd, V., Casillas, E., y Bouris, A. (2006). The content and process of mother-adolescent communication about sex in latino families. *Social Work Research*, 30(3), 169-181.
- Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Shrier, L. A., y Shahar, G. (2006). Supportive Relationships and Sexual Risk Behavior in Adolescence: An Ecological-Transactional Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(3), 286-297.
- Hilarski, C. (2006). Exploring Predictive Factors for Substance Use in African American and Hispanic Youth Using an Ecological Approach. *Journal of Social Service Research*, 32(1), 65-86.
- Hutchinson, K. (2002). The influence of sexual risk communication between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations*, 51(3), 238-247.
- Jones, D., Heflinger, C., y Saunders, R. (2007). The ecology of adolescent substance abuse service utilization. *American Journal of Community Psychology*, 40, 345-358.
- Kim, S. (2007). *Gender matters: Towards an ecological model of HIV/AIDS education*. Estados Unidos: Stanford University.
- Knowlton, A., Buchanan, A., Wissow, L., Pilowsky, D. J., y Latkin, C. (2008). Externalizing Behaviors among Children of HIV Seropositive Former and Current Drug Users: Parent Support Network Factors as Social Ecological Risks. [Feature]. *Journal of Urban Health*, 85(1), 62-76.
- Labbok, M. (2008). Transdisciplinary breastfeeding support: Creating program and policy synergy across the reproductive continuum. *International Breastfeeding Journal*, 3(16), 1-8.
- Liles, R. G., y Juhnke, G. A. (2008). Adolescent Diabetic Control: Using the Process-Person-Context-Time Model. *Journal of Counseling & Development*, 86(1), 75-84.
- Mooney, A., y Sarangi, S. (2005). An ecological framing of HIV preventive intervention: a case study of non-government organizational work in the developing world. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 9(3), 275-296.
- Nagamatsu, M., Saito, H., y Sato, T. (2008). Factors associated with gender differences in parent-adolescent relationships that delay first intercourse in Japan. *The Journal of School Health*, 78(11), 601-607.
- NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group (2008). Eban HIV/STD Risk Reduction Intervention: Conceptual Basis and Procedures. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 49(1), 1525-4135.
- Okafor, C. B., y Holder, B. (2005). HIV/AIDS Related Stigma in Sub-Saharan Africa: Context and Consequences. [Feature]. *Journal of Development Alternatives and Area Studies*, 24(3/4), 131-152.
- Padilla, N., y Díaz-Loving, R. (2013). Premisas familiares y socioculturales del emparejamiento. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 249-262.
- Padilla, M. B., Guilamo-Ramos, V., y Bouris, A. (2010). HIV/AIDS and Tourism in the Caribbean: An Ecological Systems Perspective. [Feature]. *American Journal of Public Health*, 100(1), 70-77.
- Pedraza, A. (2009). A Quasi-Experimental Evaluation of a Community-Based HIV Prevention Intervention for Mexican American Female Adolescents: The Shero's Program. *AIDS Education and Prevention*, 21(1), 109-123.
- Pinto, R. M., y McKay, M. M. (2006). A mixed-method analysis of African-American women's attendance at an HIV prevention intervention. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 601-616.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.
- Rocha-Sánchez, T., y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rosentock, I., Strecher, V., y Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behaviour Change. En R. DiClemente y J. Peterson (eds.), *Preventign AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). Nueva York: Plenum Press.
- Sánchez, R. y Robles, S. (2014). Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en conflicto con la ley. *Acta de Investigación Psicológica*, 4 (1), 1398-1411.
- Schaalma, H., Abraham, C., Gillmore, M., y Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: What does it take? *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259-269.
- Schensul, J., y Trickett, E. (2009). Introduction to multi-level community based culturally situated interventions. *Am J Community Psychol*, 43, 232-240.

- Shoveller, J., Johnson, J., Savoy, D., y Pietersma, W. A. W. (2006). Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 6(2), 163-183.
- Stephenson, R. (2009). Community influences on young people's sexual behavior in 3 African countries. *The American Journal of Public Health*, 99(1), 102-109.
- Trickett, E. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *Am J Community Psychol*, 43(257-266).
- Van Horne, B. S., Wiemann, C. M., y Berenson, A. B. (2009). Multilevel Predictors of Inconsistent Condom Use Among Adolescent Mothers. [Feature]. *American Journal of Public Health*, 99(S2), 417-424.
- Vargas, E., y Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones romanticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología* (11), 115-134.
- Vélez-Pastrana, M., González-Rodríguez, R., y Borges-Hernández, A. (2005). Family functioning and early onset of sexual intercourse in latino adolescents. *Adolescence*, 40(160), 777-791.
- Visser, M. J., y Schoeman, J. B. (2004). Implementing a community intervention to reduce young people's risks for getting HIV: Unraveling the complexities. *Journal of Community Psychology*, 32(2), 145-165.
- Voisin, D. R., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Crosby, R. A., y Yarber, W. (2006). Ecological Factors Associated with STD Risk Behaviors among Detained Female Adolescents. *Social Work*, 51(1), 71-79.
- Wells, N., y Olson, C. (2006). The ecology of obesity: Perspectives from life course, design, and economics. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 1(3), 99-129.

