

Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia*

Ana Fernanda Uribe Rodríguez**

Psicóloga y Directora del Departamento de Ciencias Sociales y del Grupo Medición y Evaluación Psicológica (Pontificia Universidad Javeriana-Cali).

Tatiana Vergara Vélez***

Asistente de investigación del Grupo Medición y Evaluación Psicológica (Pontificia Universidad Javeriana-Cali).

Claudia Barona****

• **Resumen:** *Los adolescentes y las adolescentes constituyen una de las poblaciones con mayor riesgo frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), por sus prácticas sexuales y comportamientos de riesgo que los exponen constantemente a enfermedades de transmisión sexual. Dada la importancia de la prevención en los jóvenes y las jóvenes, el objetivo de este estudio fue identificar la percepción de susceptibilidad frente al VIH/Sida y la autoeficacia en el uso del preservativo en adolescentes de la ciudad de Santiago de Cali. Esta investigación fue de tipo no experimental, con un diseño transversal exploratorio descriptivo, con una muestra de 217 adolescentes entre los 12 y los 18 años de edad, conformada por dos grupos de jóvenes (Montero & León, 2002). Encontramos diferencias significativas en la autoeficacia en función del género ($p < 0,003$) y la edad ($p < 0,005$), y en la susceptibilidad en función del género ($p < 0,006$). Concluimos que los jóvenes y las jóvenes con mayor predisposición al VIH/Sida son adolescentes varones entre los 16 y los 18 años de edad, que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos; y que las mujeres jóvenes tienen mayor susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida que los varones, lo cual posiblemente las hace más proactivas en la prevención de enfermedades como el VIH/Sida. De cualquier modo, los datos de esta investigación y los altos índices de VIH/Sida en los adolescentes y las adolescentes permiten considerar como prioritaria la realización de programas de prevención en salud sexual y reproductiva, que tengan en cuenta las necesidades propias de la población adolescente, sus*

* Este artículo se basa en la investigación realizada por las autoras con el aval del Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali durante el año 2005. Código de aceptación de la Universidad 020100128.

** Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Máster en educación y prevención del Sida (Universidad de Granada-España), Especialista en Gestión de la Salud (Universidad Icesi). Correo electrónico: auribe@javerianacali.edu.co.

*** Psicóloga (Pontificia Universidad Javeriana-Cali), Máster en Intervención en Psicología Clínica y de la Salud (Universidad de Valencia-España). Correo electrónico: tvergara@javerianacali.edu.co

**** Pontificia Universidad Javeriana-Cali.

características sociodemográficas (género, edad, estrato) y sus condiciones psicopatológicas.

Palabras clave: Adolescentes, susceptibilidad, autoeficacia y VIH/Sida.

Susceptibilidade e auto-eficácia em frente do VIH/SIDA em adolescentes em Cali, Colômbia

• **Resumo:** *Os adolescentes e as adolescentes constituem uma das populações com o maior risco ao Vírus de Imunodeficiência Adquirida (VIH) e ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), por suas práticas sexuais e seus comportamentos de risco que os expõem constantemente às doenças de transmissão sexual. Dada a importância da prevenção por parte dos e das jovens, este estudo visou identificar a percepção de susceptibilidade ao VIH/SIDA e a auto-eficácia no uso da camisinha por parte dos adolescentes da cidade de Santiago de Cali, Colômbia. Este pesquisa foi do tipo não-experimental, com um desenho transversal exploratório descritivo. A mostra foi de 217 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos, distribuída em dois grupos de jovens (Montero & León, 2002). Encontraram-se diferenças significativas na auto-eficácia em função do gênero ($p < 0,003$), da idade ($p < 0,005$) e na susceptibilidade em função do gênero ($p < 0,006$). Se conclui que os jovens e as jovens com uma maior predisposição ao VIH/SIDA são adolescentes varões entre os 16 e os 18 anos de idade, que pertencem a estratos socioeconômicos baixos; e que as mulheres jovens têm maior susceptibilidade e auto-eficácia ao VIH/SIDA do que os varões, o qual possivelmente determina sua maior proatividade na prevenção de doenças tais como o VIH/SIDA. De qualquer modo, os dados desta pesquisa e os altos índices de VIH/SIDA presentes nos adolescentes e nas adolescentes permitem considerar a realização de programas de prevenção em saúde sexual e reprodução como uma prioridade, que tenham em conta as necessidades próprias da população adolescente, suas características sócio-demográficas (gênero, idade, estrato) e suas condições psicopatológicas.*

Palavras-chave: adolescentes, susceptibilidade, auto-eficácia, VIH/SIDA.

Susceptibilities and self-efficacy concerning HIV/AIDS in adolescents in the city of Cali, Colombia

• **Abstract:** *The male and female adolescents are one of the populations with the highest risk for Human Immunodeficiency Syndrome (HIV) and for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), due to their sexual practices and risk behaviors that expose them constantly to sexually transmitted diseases. Based upon the importance of prevention in both male and female youths, the aim of this study was to identify the susceptibility perception with reference to HIV/AIDS and the efficacy in the use of condoms by adolescents in the*

city of Santiago de Cali, Colombia. This research study was non-experimental and had a descriptive exploratory transversal design. The population sample consisted of 217 adolescents with ages ranging between 12 and 18 years, distributed into two groups (Montero & León, 2002). There were significant self-efficacy differences with reference to gender ($p < 0.003$), age ($p < 0.005$) and susceptibility with reference to gender ($p < 0.006$). The conclusion was that the male and female youths with the highest predisposition for HIV/AIDS are male adolescents with ages ranging from 16 to 18 years, who belong in low socioeconomic strata; and that young women display a higher susceptibility and self-efficacy with reference to HIV/AIDS than males; a fact that possibly makes them more proactive in the prevention of diseases such as HIV/AIDS. Nevertheless, the data from this research study and the high HIV/AIDS indices in both male and female adolescents permit to think about the implementation of sexual and reproductive health prevention programs that take into account the real needs of adolescents, their socio-demographic characteristics (gender, age, stratum) and their psychopathological conditions.

Keywords: adolescents, susceptibility, self-efficacy, HIV/AIDS.

-1. Introducción. -2. Método. -3. Resultados. -4. Discusión. -5. Conclusiones y recomendaciones. -Lista de referencias.

Primera versión recibida diciembre 12 de 2008; versión final aceptada abril 27 de 2009 (Eds.)

1. Introducción

En diferentes estudios se ha encontrado que la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), son dos factores psicosociales primordiales en la prevención de esta infección. En esta medida, se ha observado que muchos de los adolescentes y las adolescentes carecen de estos factores, lo cual se evidencia en las cifras sobre el VIH/Sida en esta población y en general en los diferentes grupos de edad.

En la actualidad, aún no se ha encontrado la cura para la infección por el VIH/Sida, lo cual representa una amenaza para la salud pública, debido a que a nivel mundial hay altas cifras de personas infectadas por este virus, y tienden a aumentar cada año. De acuerdo con Onusida (2006), se estima que a finales del 2005 existían 38,6 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH, que en el curso del año 4,1 millones contrajeron el virus y que 2,8 millones murieron por causa del Sida. Esta misma fuente plantea que la estimación de casos de personas con VIH a nivel mundial en el 2005, fue más baja que la del 2004, pero destaca que la epidemia ha ido cambiando su curso en torno a la población, debido a que aunque la mayoría de casos de VIH/Sida se sigue encontrando en el grupo de personas entre los 15 y los 49

años de edad, ha aumentado las cifras en el grupo de personas adultas de 50 años en adelante y en niños y niñas menores de 15 años. En el año 2006, la Organización Panamericana de la Salud informó que la infección por VIH en algunas regiones del mundo se concentraba principalmente en los jóvenes y las jóvenes de 15 a 24 años (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2007).

Concretamente, en América Latina en el año 2005 se infectaron por el VIH 140.000 personas, lo que elevó a 1,6 millones el número de personas que viven con el virus, dentro de los cuales, aproximadamente 32.000 eran niños y niñas menores de 14 años (Onusida, 2006). En el año 2007, la OMS estimó que 33,2 millones de personas vivían con el VIH, que 2,5 millones de individuos habían adquirido el VIH durante ese año y que 2,1 millones de personas habían muerto como consecuencia del Sida.

En relación con la ciudad de Cali, la Secretaría de Salud Pública Municipal (2006), en su informe anual, planteó que en el año 2005 se presentaron 770 casos nuevos confirmados de VIH/Sida en Cali, de los cuales 532 eran hombres y 238 eran mujeres. Así mismo, informó la distribución por grupos de edades, donde cabe resaltar que el único grupo de edad que obtuvo unas cifras más elevadas que las encontradas en el año 2004, fue el de 15 a 24 años, correspondiente a la etapa de la adolescencia y la adultez joven, con una diferencia de 27 casos más que el año anterior (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2006). Esta misma entidad, en el año 2007, planteó en su boletín que en el 2006 se presentaron 787 casos nuevos confirmados de VIH/Sida en Cali, de los cuales el 17, 89% eran jóvenes entre 15 y 24 años de edad.

Diversos investigadores e investigadoras han hallado que la mayoría de los adolescentes y las adolescentes presentan déficit en el nivel de autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH/Sida, y que sumado a las características propias de su edad, desencadenan la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección por VIH, lo cual los convierte en una población vulnerable frente a esta infección. Algunas de las conductas de riesgo que presentan los adolescentes y las adolescentes son el consumo de alcohol, el abuso de drogas, y la actividad sexual sin protección (Tarazona, 2006; Uribe, Bermúdez & Buena-Casal, 2007; Valderrama, Uribe, Sanabria, Orcasita & Vergara, 2008).

El consumo de drogas y de alcohol son considerados factores de riesgo para la infección por VIH, porque provocan un aumento inicial del deseo sexual y un bajo poder de raciocinio, induciendo a muchas personas a tener relaciones sexuales con gente desconocida y sin usar el preservativo (Navarro & Vargas, 2005). En diferentes investigaciones se ha indicado que la juventud es una de las poblaciones más afectadas por el VIH/Sida (Davis, Sloan, MacMaster & Kilbourne, 2007; Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón & Góngora-Biachi, 2006). Rwege (2000), en su estudio sobre los comportamientos de riesgo sexual entre jóvenes de Bamede – Camerún, encontró que los adolescentes y las adolescentes con mayor riesgo de contraer el VIH/Sida son quienes cuentan con pocos recursos económicos y tienen condiciones de vida menos estables. Rasmussen-Cruz, Hidalgo-San Martín y

Alfaro-Alfaro (2003), hallaron en su estudio sobre adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta, México, que el 77.3% de los adolescentes y las adolescentes sexualmente activos que pertenecían a la muestra, nunca utilizaban preservativo o lo hacían rara vez, además de que casi la mitad de ellos bebían alcohol antes de tener una relación sexual, lo cual influía en el autocontrol y en el uso correcto del preservativo. De acuerdo con estos resultados, los autores manifiestan la necesidad de educar a los trabajadores y trabajadoras adolescentes con el fin de prevenir la adquisición del VIH/Sida, puesto que consideran que el consumo de alcohol y el tener relaciones sexuales sin protección, son dos factores de riesgo importantes para esta problemática. Por su parte, Vogelmann et al. (2004), encontraron en su estudio sobre el abuso del alcohol en adolescentes, que los jóvenes y las jóvenes que participaron en su investigación consumían algún tipo de bebida alcohólica, y que la edad promedio de inicio eran los 14 ^{1/2} años. En este sentido, Suárez, Gutiérrez, Figueroa y Monteagudo (2006) plantean que los adolescentes y las adolescentes con mayor riesgo de un embarazo y de adquirir una enfermedad de transmisión sexual son los jóvenes y las jóvenes que inician temprano su actividad sexual, que tienen relaciones sexuales con diferentes personas y que no usan el preservativo, ni ningún método anticonceptivo.

Teniendo en cuenta este panorama sobre los factores de riesgo para la infección por VIH que presentan los adolescentes y las adolescentes, se debe reconocer que la Psicología es una disciplina que puede ofrecer un gran aporte en los procesos de prevención, diagnóstico y atención del VIH/Sida en relación con los factores psicosociales, debido a que su fin principal es conocer el comportamiento humano para predecirlo, conservarlo o modificarlo en la dirección pertinente, cuando implica un riesgo para el ser humano, en este caso para los jóvenes y las jóvenes (Salazar & Vergara, 2006).

Algunos de los factores psicosociales de riesgo en la infección por VIH son el bajo nivel de conocimiento, las actitudes y la susceptibilidad frente al VIH, el déficit de autoeficacia para el uso del preservativo, el déficit en autoconcepto, autocontrol y habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones, entre otros (Uribe, 2005; Valderrama et al., 2008). Sin embargo, se profundizará en la susceptibilidad y autoeficacia, debido a que son las variables abordadas en este estudio, y son consideradas primordiales en los programas de prevención, ya que si no se percibe el riesgo de adquirir el VIH/Sida y la persona no se cree capaz de ejecutar conductas saludables, no es posible realizar un cambio en los comportamientos de riesgo.

Onusida (1999) refiere que la percepción de riesgo es la susceptibilidad de un individuo a las consecuencias negativas por la ejecución de una conducta determinada; y con relación al VIH, el riesgo es considerado como la probabilidad que tiene cualquier ser humano de adquirir el VIH. De igual manera, Cabrera, Tascón y Lucumí (2001) citados por Uribe (2005) plantean que la susceptibilidad hace referencia a la percepción de riesgo que tiene una persona frente a una enfermedad específica. Al evaluar la percepción de

riesgo frente a la infección por VIH en los adolescentes y las adolescentes, se han encontrado diferentes estudios donde se plantea que es muy baja (DiClemente, Crosby & Wingood, 2002; Suarez et al., 2006; Vihn, Raguin, Thebaud, Semaille & Tri, 2003), lo que señala la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención.

Romero (2000) citado por Tarazona (2006), halló que la percepción de riesgo para VIH/Sida en estudiantes universitarios y universitarias de Colombia no coincide con la conducta sexual y la protección ante el VIH, debido a que continúan teniendo relaciones sexuales sin protección, a pesar de percibir el riesgo de adquirir esta infección. Así mismo, Cooper, Loue y Lloyd (2001), encontraron que el conocimiento del VIH no se asocia significativamente con la percepción de la susceptibilidad, lo que permite plantear que el hecho de tener un conocimiento correcto sobre VIH/Sida no garantiza una alta percepción de riesgo de adquirir esta infección. Por su parte, Chirinos, Bardales y Segura (2006), en su estudio de relaciones coitales y percepción de riesgo de adquirir ETS/Sida en jóvenes, identificaron que el 58% de los entrevistados y entrevistadas creían que no presentaban riesgo de infectarse de alguna de estas enfermedades, y sus razones principales fueron: tener pareja estable y ser fiel a ella (50%), ausencia de relaciones sexuales (26%) y sólo el 5,5% señaló el uso continuo de preservativo. Los individuos que comentaron que sí creían que tenían riesgo señalaron como razones principales: que se corre riesgo aunque se tenga una pareja estable o uno se cuide (32%), existencia de muchas enfermedades (31%) y porque falla el preservativo o la protección (10%). Estos autores llegaron a la conclusión de que los jóvenes y las jóvenes tienen una moratoria vital, que les hace percibir la muerte como algo lejano, lo cual los lleva a comportamientos de riesgo.

En este sentido, Uribe (2005) encontró que en Colombia la población adolescente presentaba diferencias significativas a favor de la susceptibilidad al VIH/Sida en función de la región geográfica, el tipo de institución educativa, y el nivel de escolaridad. Concretamente, presentaron mayor susceptibilidad frente al VIH, los adolescentes y las adolescentes colombianos de la región de Orinoquía, los jóvenes y las jóvenes que asistían a instituciones educativas privadas y los adolescentes y las adolescentes de undécimo grado.

Por otro lado, para la prevención del VIH/Sida, la autoeficacia es una de las variables más estudiadas y utilizadas en prevención, debido a su contribución en las estrategias de autocuidado. Para Bandura (1999), la autoeficacia percibida se refiere a las creencias que tiene el individuo sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce de su funcionamiento en situaciones futuras. La autoeficacia influye en diversos comportamientos del ser humano porque permite implantar un comportamiento deseado, genera y conserva la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, y permite conocer el proceso cognitivo y las emociones experimentadas al llevar a cabo un comportamiento o al anticipar los resultados (Noboa & Serrano-García, 2006). En otras palabras, se puede decir que la autoeficacia frente al

VIH en el ser humano puede contribuir a desarrollar conductas saludables y mantener la motivación para una constante prevención, evitando de esta manera la adquisición del VIH/Sida.

Por su parte, López Rosales (1996), citado por Uribe (2005), plantea que la autoeficacia es la percepción subjetiva que tiene el ser humano de su capacidad para no tener relaciones sexuales sin protección, usar y conseguir el preservativo y hablar con su compañero o compañera sexual sobre relaciones sexuales anteriores y riesgos vividos. Para Bandura (1999):

La probabilidad de que las personas adopten una conducta saludable valiosa y abandonen un hábito perjudicial puede depender de tres cogniciones: la expectativa de que se está en riesgo, la expectativa de que el cambio conductual reducirá la amenaza y la expectativa de que uno es suficientemente capaz de ejercer control sobre el hábito arriesgado (p. 225).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que para que los adolescentes y las adolescentes puedan modificar sus comportamientos de riesgo y adquirir conductas saludables que les permitan lograr una prevención del VIH/Sida, deben conocer el riesgo de sus comportamientos, saber que el cambio de comportamiento le generará beneficios para su salud y creer en sus capacidades y habilidades para tener control sobre su comportamiento.

Se ha encontrado que tanto las expectativas de resultados como las creencias de eficacia tienen un rol importante en la adquisición de conductas saludables, en la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio. Así mismo, la autoeficacia percibida representa la confianza de que uno es capaz de cambiar la conducta perjudicial para la salud, utilizando sus propias capacidades y habilidades (Bandura, 1997, citado por Chesney, Neilands, Chambers, Taylor & Folkman, 2006). Diferentes autores y autoras reconocen la autoeficacia como un componente importante en la reducción del riesgo frente al VIH/Sida (Takahashi, Magalong, DeBell & Fasudhani, 2006). Por la misma línea, Gebreeyesus Hadera, Boer y Kuiper (2007), plantean que la autoeficacia es un factor determinante de la motivación, que suele ser evaluado como la intención de realizar la conducta, al igual que el aprendizaje sobre el VIH/Sida.

Los aspectos más estudiados en relación con la autoeficacia frente al VIH en adolescentes han sido el uso del preservativo y la habilidad de negociación ante el uso del mismo. En su investigación sobre las diferencias raciales entre estudiantes afroamericanos o afroamericanas y estudiantes blancos o blancas respecto a las prácticas sexuales que realizan, Davis et al. (2007) encontraron que una mayor proporción de jóvenes afroamericanos y afroamericanas informaron que utilizaban preservativos con frecuencia e indicaron que harían uso de los preservativos con regularidad en el futuro. Además, no hallaron diferencias en la autoeficacia para el uso del preservativo, ni en las actitudes hacia prácticas sexuales más seguras. Respecto a la autoeficacia de los adolescentes y las adolescentes colombianos, Uribe (2005) halló que el 93%

se consideraba capaz de pedirle a su pareja sexual que usara el preservativo; el 53,6% se consideraba capaz de conseguir condones fácilmente; el 89,3% se sentía capaz de llevar un condón por si tenía una relación sexual; el 44% se sentía capaz de contarle a su pareja si tuvieran una relación bisexual; y el 82,8% se sentía capaz de preguntarle a su pareja si había tenido relaciones sexuales con una persona que ejerciera el trabajo sexual.

Así mismo, Planes Pedra et al. (2004) encontraron que el 64,3% de los adolescentes y las adolescentes que conformaron su muestra, se sentía totalmente o muy capaz de usar preservativo, mientras que cuando se trataba de la abstinencia sólo se percibía con esa competencia el 20%. Con relación a estos datos, los investigadores e investigadoras concluyeron que tanto el reducido nivel de conocimientos sobre prevención, como la baja percepción de autoeficacia para mantenerse abstinentes, generaban una alerta sobre la necesidad de hacer un mayor esfuerzo de información para eliminar creencias equivocadas.

En diversos estudios se ha evaluado si existen diferencias en la autoeficacia, de acuerdo al género. Las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas preventivas como el rechazo a tener relaciones sexuales, pero los hombres tiene mayor autoeficacia en el uso del preservativo (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). De igual manera, Noboa y Serrano-García (2006) hallaron que de las destrezas de negociación evaluadas, las mujeres se sentían más autoeficaces para dar razones, para no incurrir en prácticas de alto riesgo y en expresar reafirmaciones por el interés de protegerse. Finalmente, cabe resaltar que en los adolescentes y las adolescentes colombianos se hallaron diferencias significativas respecto a la autoeficacia en función de la región geográfica y el género, destacando que los adolescentes y las adolescentes que se sienten más autoeficaces frente al VIH son los varones y los que pertenecen a la región Insular (Uribe, 2005).

Teniendo en cuenta este contexto, se propuso identificar la percepción de susceptibilidad frente al VIH/Sida y la autoeficacia en el uso del preservativo en adolescentes escolarizados o escolarizadas y no escolarizados o no escolarizadas del municipio de Santiago de Cali, y evaluar las diferencias significativas de estas variables con algunas características sociodemográficas de la muestra mediante la aplicación de la escala VIH/Sida-65.

2. Método

Diseño de investigación

Este estudio fue de tipo no experimental con un diseño transversal, exploratorio, descriptivo (Montero & León, 2002).

Participantes

Para esta investigación utilizamos un muestreo intencional y el universo del estudio fueron las instituciones que trabajaban con personas delictivas y

los colegios de la ciudad de Cali.

El tamaño de la muestra lo constituyeron las diferentes instituciones de reclusión/reeducativas y las instituciones educativas de Cali. Los criterios de inclusión a la misma fueron los siguientes:

- Primer grupo: Encontrarse en un centro de reclusión de la ciudad de Cali, haber presentado alguna conducta delictiva y estar en el rango de edad de 12 a 18 años.
- Segundo grupo: Pertenecer a una institución educativa del sector público o del sector privado y encontrarse en el rango de edad entre 12 y 18 años.

Concretamente, la muestra estuvo conformada por 217 adolescentes, 138 hombres (66,2%) y 79 mujeres (33,8%) entre 12 y 18 años, con una edad promedio de 15,22 años y una desviación típica de 1,45. La mayor proporción tenía entre 14 y 15 años en el caso de los hombres (46,5%) y de 16 a 17 años en el caso de las mujeres (55,6%). Del total de la muestra, 145 adolescentes (58%) ya habían iniciado su actividad sexual, siendo mayor el porcentaje en la edad de 14 años (23,4%), seguido por 13 y 12 años (18,6%); de igual manera el 69,2% de los adolescentes y las adolescentes ya había recibido información sobre VIH/Sida antes de la aplicación del instrumento.

La población adolescente se dividió en dos grupos: quienes habían presentado conductas delictivas y estaban en instituciones reeducativas, concretamente en organizaciones no gubernamentales –ONG`s (28,7%); y adolescentes que no habían presentado conductas delictivas y que se encontraban en instituciones educativas públicas y privadas (71,3%). El primer grupo estuvo conformado por 62 adolescentes, 48 hombres y 14 mujeres; y el segundo por 154 adolescentes, 95 hombres y 59 mujeres.

Instrumento

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue la Escala VIH/Sida-65 (Paniagua, 1998, adaptada al colombiano por Bermúdez, Buena-Casal & Uribe, 2005), el cual consta de 65 ítems y se divide en siete subescalas: conocimiento correcto sobre el VIH/Sida (20 ítems), ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH (20 ítems), actitudes negativas hacia personas con Sida (5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/Sida (5 ítems), actitudes negativas hacia los preservativos (5 ítems), percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (5 ítems). El presente artículo se centrará en las dos últimas categorías: *susceptibilidad para la infección por VIH y autoeficacia en el uso del preservativo*.

Para validar este instrumento empleamos una evaluación por pares, realizamos un análisis factorial, el cual confirmó la estructura de la escala, y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,79 (Uribe, 2005). Su estandarización se hizo en población colombiana, concretamente con 2206 adolescentes de las diferentes ciudades de Colombia.

Procedimiento

En primera instancia aplicamos el instrumento en una prueba piloto para preseleccionar las instituciones educativas y los centros de reclusión para menores infractores y/o con adicciones a sustancias psicoactivas de la ciudad de Cali que participarían en la investigación. Posteriormente, contactamos a los directores de estas instituciones y les explicamos la propuesta de investigación y los objetivos del estudio, mostrándoles la relevancia a nivel social, científico y de la salud, que tiene la ejecución de esta investigación. También les informamos sobre el contenido de los instrumentos, la forma y el tiempo requerido para su aplicación, en la fecha y hora que se concretaron. Así mismo les indicamos la confidencialidad de la información. En esta instancia se presentaron algunas dificultades en el logro de acuerdos y el establecimiento del vínculo con las instituciones, lo cual demoró un poco el proceso investigativo; sin embargo logramos solucionarlo satisfactoriamente.

Los directivos de las instituciones se responsabilizaron de la participación de los adolescentes y las adolescentes en el proceso investigativo, y a través del consentimiento informado autorizaron la participación de los mismos. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las aulas de las respectivas instituciones, con una duración de 1 hora y 30 minutos aproximadamente. Al entregar los instrumentos a los adolescentes y las adolescentes les explicamos las instrucciones para el diligenciamiento de los mismos y recalcamos la importancia de la sinceridad de las respuestas y la confidencialidad de la información recogida.

Tras la aplicación de los instrumentos, realizamos los análisis respectivos llegando a conclusiones y recomendaciones de gran relevancia, que fueron presentadas a los directivos de las instituciones, con el objetivo de que se lograra obtener un mayor beneficio de los resultados encontrados, creando campañas de prevención acordes con las características de los participantes y las participantes.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos sobre la percepción de susceptibilidad para la infección por VIH y la percepción de la autoeficacia en el uso del preservativo en adolescentes reclusos y reclusas en instituciones, y de centros educativos, realizamos un análisis descriptivo y otro univariado (Análisis de varianza Anova) en función del género, la edad y el tipo de institución. Los análisis estadísticos los efectuamos con el software *Statistical package for social sciences* [SPSS].

Aspectos éticos

Esta investigación se ajustó a los principios éticos y científicos de la investigación psicológica, fundamentándose en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva bajo el más estricto rigor metodológico; por ello fue realizada por psicólogas especialistas en el área de la salud sexual y en el

campo investigativo, y estudiantes de último semestre de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, buscando siempre el bienestar de los participantes y las participantes de la investigación. De igual manera, este estudio fue evaluado y avalado por el comité de ética de esta universidad.

Se contó con la participación voluntaria de los adolescentes y las adolescentes, que estaba respaldada por la autorización de las directivas de las instituciones educativas y reeducativas, a través del consentimiento informado, que fue diligenciado por escrito. El consentimiento informado contenía la justificación, los objetivos y los procedimientos de la investigación, los riesgos esperados y los beneficios que podían obtener, y la seguridad de que no se identificaría al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información.

Todos los participantes y las participantes tenían la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento y de dejar de responder el instrumento si era su voluntad. Los casos que necesitaron derivación, fueron remitidos a los psicólogos de sus respectivas instituciones.

3. Resultados

Para la presentación de los resultados mostraremos en primera instancia algunos datos sociodemográficos y posteriormente profundizaremos en el análisis de varianza ANOVA, en función del género, la edad y el tipo de institución.

En Colombia, el estrato socioeconómico corresponde a la clasificación efectuada teniendo en cuenta el nivel de ingreso de una persona o grupo familiar y la vivienda donde habitan. En este sentido, el mayor porcentaje de la muestra se ubica dentro del estrato socioeconómico 2 (36,4%), seguido del estrato 1 (23%) y 3 (22,1%). Específicamente en los hombres el mayor porcentaje pertenece al estrato 1 (23,8%), mientras que en las mujeres el mayor porcentaje pertenece al estrato 2 (47,9%). Con relación a las instituciones, la mayoría de los adolescentes y las adolescentes de la muestra de los centros educativos pertenecía al estrato 2 (39%), eran hombres (61,7%) y se encontraban en el rango de edad de 14 a 15 años (46,8%), y de los centros de reclusión pertenecían al estrato 1 (50,8%), eran hombres (77,4%) y tenían entre 16 y 18 años (71,4%) (Ver Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 1. Distribución de la muestra en función del género y el tipo de institución.

Institución						
Género	Centros de Reclusión		Centros Educativos		Total	
	F	%	F	%	F	%
Hombres	48	77,4	95	61,7	143	66,2
Mujeres	14	22,6	59	38,3	73	33,8
Total	62	100	154	100	216	100

Tabla 2. Distribución de frecuencias en función de la edad y el tipo de institución.

Tipo de Institución						
Edad	Centros de Reclusión		Centros Educativos		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No especificada	6	9,5	8	5,2	14	6,5
De 12 a 13 años	5	8	17	11	22	10,1
De 14 a 15 años	7	11,1	72	46,8	79	36,4
De 16 a 18 años	45	71,4	57	37	102	47
Total	63	100	154	100	217	100

Tabla 3. Distribución de frecuencias en función del estrato y el tipo de institución.

Tipo de Institución						
Estrato	Centros de Reclusión		Centros Educativos		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No especificado	4	6,3	1	0,6	5	2,3
Estrato 1	32	50,8	18	11,7	50	23
Estrato 2	19	30,2	60	39	79	36,4
Estrato 3	7	11,1	41	26,6	48	22,1
Estrato 4	1	1,6	16	10,4	17	7,8
Estrato 5	0	0	14	9,1	14	6,4
Estrato 6	0	0	4	2,6	4	2
Total	63	100	154	100	217	100

En relación con el análisis univariado (Anova), presentamos a continuación las medias y las desviaciones típicas de las escalas evaluadas (autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH) en función del género, la edad y el tipo de institución.

El análisis realizado indica diferencias significativas en función del género para la escala de *susceptibilidad* $F_{(1,213)}=7,635$; $MSE = 2,531$; $p<0,006$, lo que muestra la existencia de una diferencia en la percepción de susceptibilidad frente a la infección por VIH entre jóvenes mujeres y jóvenes varones, siendo mayor en el primer grupo (Ver Tabla 4 y Tabla 5).

Tabla 4. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de susceptibilidad y autoeficacia en función de la edad y el género.

Variable	Característica sociodemográfica	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoeficacia	Edad	3	2,628	4,345	0,005
	Género	1	2,663	8,807	0,003
	Tipo de institución	1	1,257	0,456	0,500
Susceptibilidad	Edad	3	2,609	0,706	0,550
	Género	1	2,531	7,635	0,006
	Tipo de institución	1	3,883	1,498	0,222

Tabla 5. Media, desviación típica, puntaje mínimo y puntaje máximo de autoeficacia y susceptibilidad en función del género y la edad.

Variabes	Características sociodemográficas		Media	Desviación típica
Autoeficacia	Género	Hombre	6,55	1,555
		Mujer	7,25	1,774
	Edad	No especificada	6,14	1,099
		De 12 a 13 años	7,86	2,189
		De 14 a 15 años	6,81	1,513
		De 16 a 18 años	6,62	1,617
Susceptibilidad	Género	Hombre	8,64	1,554
		Mujer	9,27	1,660
	Edad	No especificada	8,57	1,505
		De 12 a 13 años	9,09	1,823
		De 14 a 15 años	9,00	1,609
		De 16 a 18 años	8,73	1,587

En relación con la escala de autoeficacia encontramos diferencias significativas en función del género $F_{(1,212)}=8,807$; $MSE= 2,663$; $p<0,003$ y en función de la edad $F_{(3,211)}=4,345$; $MSE= 2,628$; $p<0,005$; es decir, hay una diferencia en la percepción de la autoeficacia en el uso del preservativo entre adolescentes mujeres y adolescentes varones, y entre los diversos rangos de edades escogidos para clasificar los adolescentes y las adolescentes (Tabla 4 y Tabla 5). Concretamente, encontramos una mayor autoeficacia en las mujeres adolescentes y en los adolescentes y las adolescentes de 12 a 13 años.

En el análisis post-hoc mediante la prueba DSM encontramos diferencias significativas mínimas en la autoeficacia entre los adolescentes y las adolescentes de 12 y 13 años y los adolescentes y las adolescentes de 16 a 18 años, siendo el primer grupo los que mayor puntuación tuvieron en autoeficacia frente al VIH/Sida y el segundo grupo el que menos puntuó en esta escala (Tabla 6).

Tabla 6. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables autoeficacia y edad

	12 a 13 años	14 a 15 años	16 a 18 años
12 a 13 años		0,007	0,001
14 a 15 años			0,444
16 a 18 años			

Respecto al tipo de institución no encontramos diferencias significativas en la escala de susceptibilidad $F_{(1,214)}=1,498$; $MSE= 2,592$; $p<0,222$, ni en la escala de autoeficacia $F_{(1,213)}=0,456$; $MSE= 2,758$; $p<0,500$.

Finalmente, es importante mencionar que al realizar el análisis entre grupos de acuerdo con el tipo de institución, no encontramos diferencias significativas, mientras que al analizar cada institución, observamos que los adolescentes y las adolescentes de los centros educativos presentaron diferencias significativas en la escala de susceptibilidad ($p<0,003$) y en la escala de autoeficacia ($p<0,000$), encontrando que las mujeres jóvenes tienen mayor autoeficacia y susceptibilidad que los hombres jóvenes. En los centros de reclusión no encontramos diferencias significativas en función del sexo.

4. Discusión

Al revisar detalladamente los resultados de este estudio encontramos que la autoeficacia presentó una diferencia significativa tanto en la edad como en el género, mientras que la susceptibilidad solo en el género.

La diferencia encontrada entre los adolescentes y las adolescentes en relación con la susceptibilidad frente al VIH/Sida, mostró que existe una

diferencia de género en la percepción de riesgo de adquirir esta enfermedad. Concretamente, hallamos que las mujeres jóvenes tienen mayor susceptibilidad que los hombres, lo que implica que los varones adolescentes tienen una menor percepción de riesgo de adquirir el VIH/Sida y posiblemente pueden presentar más conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección y/o tener diferentes parejas sexuales, que determina una mayor predisposición para adquirir el VIH/Sida que las mujeres. En este sentido, Martins (2005) planteó que en diferentes aspectos, las mujeres presentan mayor capacidad para adoptar comportamientos saludables frente al VIH/Sida que los hombres, ya que los hombres presentan mayor dificultad para negarse tener relaciones sexuales y presentan mayor número de parejas sexuales.

El hallazgo sobre la percepción de susceptibilidad frente al VIH/Sida presentada por las mujeres corrobora los hallazgos de Collazos, Echeverri, Molina, Canaval y Valencia (2005), quienes encontraron en su estudio sobre riesgos de VIH/Sida en la mujer, que más de la mitad de su muestra se percibían vulnerables a adquirir esta infección; y los hallazgos de Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002), quienes encontraron que las jóvenes universitarias percibían mayor riesgo de adquirir VIH en relaciones sexuales enmarcadas dentro de las relaciones afectivas frente a las relaciones casuales.

Es importante mencionar, que un alto nivel de susceptibilidad frente al VIH no determina la ejecución de conductas de protección (Lameiras et al., 2002; Romero, 2002 citado por Tarazona, 2006), pero sí contribuye a generar propuestas preventivas (Planes et al., 2006). Este planteamiento posiblemente da una explicación a la incidencia actual sobre VIH/Sida en las jóvenes, donde en el año 2005 se encontró que por cada tres mujeres jóvenes diagnosticadas con VIH había un varón del mismo grupo de edad (15-24 años) (Onusida, 2006). De igual manera, existen factores que no se pueden dejar de lado y generan en la mujer una mayor vulnerabilidad al VIH/Sida, como la condición anatómica de su cuerpo, y las desventajas socioeconómicas y culturales que presentan en su región (Unicef, 2005).

Los resultados encontrados sobre la autoeficacia en los adolescentes y las adolescentes muestran diferencias significativas en función del género y la edad. Concretamente, las mujeres se perciben más autoeficaces frente al VIH que los hombres, lo que concuerda con el planteamiento de Takahashi et. al, 2006, quienes afirman que las mujeres se consideran más autoeficaces que los hombres, específicamente en el uso del preservativo, o al negociar con sus parejas el uso del mismo, lo que implica que se consideran con una buena capacidad para controlar las situaciones que los ponen en riesgo frente al VIH.

Sin embargo, la diferencia significativa encontrada a nivel de autoeficacia frente al VIH/Sida en relación con el género, contradice lo encontrado por López-Rosales y Moral-de la Rubia (2001) en su estudio, quienes hallaron que los hombres tienen mayor autoeficacia en el uso del preservativo, pero concuerdan en que las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas

preventivas como el rechazo a tener relaciones sexuales. También Uribe (2005) observó en adolescentes de Colombia una diferencia significativa de la autoeficacia en función del género, pero contrario al hallazgo de este estudio, encontró que los varones adolescentes se perciben más autoeficaces frente al VIH que las mujeres jóvenes.

La diferencia entre los resultados de este estudio sobre la autoeficacia y el género, y los planteamientos de los autores mencionados anteriormente, se debe posiblemente a que en la actualidad la diferencia de género se ha ido transformando, y las mujeres tienen mayor acceso a la educación, la cual tiene un rol importante en el cambio hacia actitudes más igualitarias entre hombres y mujeres, incluso en el cuidado de su salud, como observamos en este estudio; sin embargo se siguen presentando poblaciones sin acceso a la educación. Las mujeres tienden a ser más vulnerables en la salud cuando carecen de educación y se encuentran desinformadas en diversos temas o problemáticas actuales, en este caso, el VIH/Sida (Breen & Word, 1987, citados por Ladero & González, 2003; Martins, 2005).

Asimismo, también encontramos diferencias significativas en la autoeficacia frente al uso del preservativo en relación con la edad. Concretamente, los jóvenes y las jóvenes de 16 a 18 años se perciben menos autoeficaces en el uso del preservativo que los jóvenes y las jóvenes de 12 a 13 años. Este resultado coincide con los hallazgos de Uribe (2005), quien encontró en adolescentes colombianos una diferencia marginalmente significativa de la autoeficacia en función de la edad; y con los hallazgos de Lameiras, Failde, Bimbela y Alfaro (2008), quienes encontraron que los jóvenes y las jóvenes encuestados de más edad son los que tienden a utilizar con menor frecuencia el preservativo, posiblemente porque a medida que se incrementa la edad, los jóvenes y las jóvenes presentan relaciones de pareja más estables y sustituyen el preservativo masculino por otros métodos anticonceptivos. De igual manera, es común que entre los adolescentes y las adolescentes aún se tengan mitos en torno a la sexualidad, por ejemplo, que el uso del preservativo disminuye el placer sexual, lo que contribuye a que esta población no se proteja de las enfermedades de transmisión sexual (Vera, López, Orozco & Caicedo, 2001).

Respecto al tipo de institución, no encontramos diferencias significativas en relación con la autoeficacia y la susceptibilidad frente al VIH/Sida. Sin embargo recomendamos estudiar este resultado de acuerdo a la cultura, y profundizarlo en futuras investigaciones, teniendo en cuenta que la asociación de dicha variable no se ha investigado en profundidad.

Otro aspecto importante de la investigación fue que la mayoría de los adolescentes y las adolescentes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos (estrato 1 y 2), lo cual podría ser un factor de riesgo adicional para la infección por el VIH/Sida, porque en estos estratos socioeconómicos se presentan situaciones y condiciones que dificultan una adecuada protección frente al virus. Rwenge (2000) en su estudio sobre los comportamientos de riesgo sexuales entre jóvenes de Bamedá-Camerún, encontró que los adolescentes

y las adolescentes con mayor riesgo de contraer el VIH/Sida eran quienes tenían pocos recursos económicos y presentaban una condición de vida menos estable.

Los datos de esta investigación y la revisión teórica detallada permiten plantear como implicaciones teóricas de este trabajo que, a pesar de que la adolescencia en general es una etapa en donde se pueden emitir diferentes conductas de riesgo para la infección por VIH/Sida, los jóvenes y las jóvenes con mayor predisposición a adquirir esta enfermedad son los hombres jóvenes entre los 14 y los 18 años, que viven en estratos socioeconómicos bajos. Esto, sumado a los hallazgos de diferentes estudios sobre factores de riesgo que se tienden a establecer en la adolescencia, como el consumo de drogas y de alcohol, y la falta de información sobre las ETS y el VIH/Sida, los hacen más vulnerables a esta infección.

Asimismo se puede concluir que, en la actualidad, las mujeres jóvenes presentan mayor susceptibilidad frente al VIH/Sida y se perciben más autoeficaces para lograr una buena prevención. Aunque estas percepciones subjetivas no garantizan el cambio en los comportamientos de riesgo, sí son el primer paso para promover el autocuidado en una persona, ya que para ejecutar comportamientos de protección es necesario percibir la amenaza o el riesgo, y considerarse capaz de realizar esas conductas.

Sin duda los hallazgos de este estudio permiten considerar como prioritaria la realización de programas de intervención enfocados a la prevención del VIH/Sida y a la promoción de conductas saludables en adolescentes, puesto que este grupo poblacional presenta diversos factores de riesgo que lo hacen más vulnerable a esta enfermedad; además, las cifras anuales, de acuerdo con la Secretaría de Salud Pública Municipal (2006), confirman la tendencia a aumentar de los casos de VIH/Sida en adolescentes. En especial para esta población, dichos programas deberían contar con un proceso de intervención integral, en el cual no sólo se profundice en el conocimiento sobre la infección por VIH, sino que se tenga en cuenta el fomento de factores psicosociales como la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH/Sida y el desarrollo de habilidades que fortalezcan su autocuidado, que le permita a esta población realizar una adecuada prevención en su salud sexual y reproductiva. Así mismo, sería de gran importancia tener en cuenta las necesidades de la población de acuerdo con su nivel socioeconómico y su género; e involucrar en el proceso de intervención a docentes y padres y madres de familia, puesto que ellas y ellos son una de las principales redes de apoyo de las personas adolescentes.

Finalmente, es importante mencionar que el proceso investigativo tuvo algunas limitaciones, como la dificultad de encontrar instituciones reeducativas en la ciudad de Cali y la demora en el proceso de vinculación con las instituciones que participaron en la investigación. De igual manera, otra de las limitaciones fue el tamaño de la muestra, pues aunque es un número significativo, con un número mayor de adolescentes en ambos grupos (instituciones educativas e instituciones reeducativas) se puede obtener una

mayor fiabilidad y los resultados podrían ser generalizables.

5. Conclusiones y recomendaciones

Los hallazgos de esta investigación permiten concluir que las adolescentes mujeres presentan mayor percepción de riesgo frente al VIH/Sida y de autoeficacia frente al uso del preservativo que los adolescentes varones, lo que probablemente las hace más activas en su proceso de prevención; sin embargo, no se puede descuidar los programas de prevención dirigidos a mujeres adolescentes, porque en Colombia aún se siguen presentando condiciones socioeconómicas y culturales, como el machismo, que hacen de las mujeres una población vulnerable frente a esta infección.

Se debe prestar especial atención a los adolescentes varones de edades entre los 16 y los 18 años que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, ya que son los que presentaron mayor riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo cual se sugiere desarrollar campañas de prevención acordes con las necesidades de los adolescentes y con las características propias de la población, llevando a cabo talleres vivenciales que evidencien situaciones reales y coherentes con las edades.

Finalmente, para futuras investigaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en adolescentes, recomendamos una muestra mayor, tanto en instituciones educativas como reeducativas, con el fin de obtener resultados más confiables y generalizables. Asimismo, para profundizar en los hallazgos de esta investigación, se sugiere aplicar el instrumento en otras regiones y profundizarlo con entrevistas cualitativas o grupos focales, ya que esta información va a permitir conocer otras variantes o factores que contribuirían en el desarrollo de políticas de salud públicas nacionales.

Lista de referencias

- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. & Uribe, A. F. (2005). Adaptación al colombiano de la escala VIH-65. Granada: Universidad de Granada.
- Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M. & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*, 11, pp. 421–437.
- Chirinos, J. L., Bardales, O. & Segura, M. D. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/Sida en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, pp. 79-85.
- Collazos, M., Echeverri, N., Molina, A., Canaval, G. & Valencia, C. (2005). Riesgo de VIH/Sida en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, 36, pp. 50-57.
- Cooper, M., Loue, S. & Lloyd, L. S. (2001). Perceived susceptibility to HIV

- infection among Asian and Pacific Islander women in San Diego. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12, pp. 208-224.
- Davis, C., Sloan, M., MacMaster, S. & Kilbourne, B. (2007). HIV/Aids knowledge and sexual activity: An examination of racial differences in a college sample. *Health & Social Work*, 32, pp. 211-218.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Wingoo, G. M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. *Perspectivas*, 32, pp. 21-43.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2005). *VIH/Sida: Infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe*. Panamá, D. C.: Unicef.
- Gebreeyesus Hadera, H., Boer, H. & Kuiper, W. A. J. M. (2007). Using the theory of planned behaviour to understand the motivation to learn about HIV/Aids prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia. *Aids Care*, 19, pp. 895-900.
- Ladero, R. & González, M. T. (2003). Autoeficacia y escolaridad como predictores de la información sobre VIH/Sida en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 18, pp. 49-60.
- Lameiras, M., Faílde, J. M, Bimbela, J. L. & Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones de coito vaginal de jóvenes españoles entre 14 y veinticuatro años. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 4, pp. 401-415.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. & Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, pp. 255-261.
- López-Rosales, F. & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del Sida en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, pp. 421-432.
- Martins, F. (2005). Valoración del comportamiento sexual y de la autoeficacia para la protección de la infección por el VIH/Sida en jóvenes/adultos, estudiantes de Maputo, Mozambique. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, Departamento de medicina preventiva y salud pública.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de la metodología de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, pp. 503-508.
- Navarro, P. & Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/Sida en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, pp. 44-53.
- Noboa, P. & Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, pp. 21-43.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). *La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado: el Sida es una de las principales causas de mortalidad en el mundo y sigue siendo la primera causa de defunción en*

- África*. Ginebra: OMS.
- Planes, M., Gómez, A., Grasl, M. Font-Mayola, S., Cubil, M., Aymerich, M. & Soto, J. (2006). Cambios en las percepciones de riesgo frente al Sida de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de medicina psisomática y psiquiatría de enlace*, 76-77, pp. 39-45.
- Planes Pedra, M., Gras Pérez, M. E., Cunill Olivas, M., Gómez, A. B., Romero, M.T., Font-Mayolas, S. & Vieta, J. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, pp. 79-85.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida, 1999). Infección por VIH y Sida en Colombia: 1999. Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. *Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá, D. C.: Onusida.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida, 2006). Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Recuperado el 7 de noviembre de 2007, de http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_es.pdf
- Rwenge, M. (2000). Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 26, pp. 118-124.
- Rasmussen-Cruz, B., Hidalgo-San Martín, A. & Alfaro-Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/Sida en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45, pp. 81-91.
- Salazar, I. C. & Vergara, T. (2006). Características psicológicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH/Sida. *Psicología Conductual*, 16, pp. 83-102.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (2006). *Informe anual de VIH/Sida*. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal.
- Secretaría de Salud pública Municipal (2007). *Boletín ampliado día mundial de lucha contra el VIH Sida*. Recuperado el 20 de agosto de 2008, de <http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=3649&dPrint=1>
- Suárez, J. A., Gutiérrez, M., Figueroa, D. V. & Monteagudo, M. (2006). Percepción del riesgo de ITS/VIH/Sida en adolescentes con sepsis ginecológica. *Interpsiquis*, 10, pp. 1-2.
- Tarazona, D. (2006). Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 7, pp. 1-22.
- Takahashi, L. M., Magalong, G. M., DeBell, P. & Fasudhani, A. (2006). HIV and Aids in suburban Asian and Pacific Islander communities: factors influencing self-efficacy in HIV risk reduction. *Aids Education and Prevention*, 18, pp. 529-545.
- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/Sida en adolescentes colombianos*. Tesis Doctoral. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

- Uribe, A. F., Bermúdez, M. P. & Buena-Casal, G. (2007). *Conductas de riesgo en adolescentes colombianos*. Ponencia presentada en el VI Congreso Colombiano de Psicología de la Salud: "Psicología y salud pública", Neiva, Colombia, 26-28 de abril.
- Valderrama, L. J., Uribe, A. F., Sanabria, A. M., Orcasita, L. T. & Vergara, V. (2008). *Análisis del nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes*. Ponencia aceptada para su presentación en la V Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana, Cuba, 15-17 de octubre.
- Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, F. & Góngora-Biachi, R. A. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, pp. 157-168.
- Vera, L., López, N., Orozco, L. & Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección de VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26, pp. 16-26.
- Vihn, D. T. N., Raguin, G. L., Thebaud, Y., Semaille, C. & Tri, L. D. (2003). Knowledge, attitudes, belief and practice related to HIV/Aids among young people in Ho Chi Minh City, Vietman. *European Journal of Epidemiology*, 18, pp. 835-836.
- Vogelmann, O. A., Gutiérrez, G. L., Morales, S. M., Viglione, G. E., Lojo, J., Bogado, Z. & Ojeda, J. A. (2004). Abuso del alcohol en adolescentes. *Comunicaciones científicas y tecnológicas 2004*. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste.

Referencia

Ana Fernanda Uribe Rodríguez, Tatiana Vergara Vélez y Claudia Barona, "Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 7, núm. 2, (especial) (julio-diciembre), 2009, pp. 1513-1533.
Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.
