



**UNIVERSIDAD DE GRANADA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN  
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

**EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES  
DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL  
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS**

**ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ  
GRANADA (ESPAÑA)  
2005**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Ana Fernanda Uribe Rodríguez  
D.L.: Gr. 2096 - 2005  
ISBN: 84-338-3667-6

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICO

*TESIS DOCTORAL*

**EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA  
INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS**

Presentada por:

Ana Fernanda Uribe Rodríguez

Dirigida por:

Dr. Gualberto Buela-Casal

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
Universidad de Granada (España)

Dra. María de la Paz Bermúdez Sánchez

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación  
Universidad de Granada (España)

Granada (España), 2005





CAMPUS UNIVERSITARIO DE CARTUJA  
Teléfono: 958/243752. Fax: 958/243749  
18071 - GRANADA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GRANADA

El Dr. Don Gualberto Buena Casal, Catedrático de Universidad, profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada (España) y la Dra. Dña. María de la Paz Bermúdez Sánchez, profesora asociada Tipo III del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada (España).

#### INFORMAN

Que la Tesis Doctoral titulada *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos*, ha sido realizada por la doctoranda Dña. Ana Fernanda Uribe Rodríguez, ha sido realizada bajo la dirección de ambos doctores, y que reúne las condiciones de calidad, originalidad, rigor científico y académico necesarias para que se proceda a su defensa pública de acuerdo con la legislación vigente.

Y para que conste, se expide en Granada el presente a los 11 días de noviembre de 2005.

Fdo. Dr. Don Gualberto Buena-Casal

Fdo. Dra. Dña. María de la Paz Bermúdez Sánchez

Fdo. Dña. Ana Fernanda Uribe Rodríguez



A Dios, a mis padres y a Omar





## AGRADECIMIENTOS

Para el logro de objetivo personal y profesional han sido muchas las personas que he conocido y que me han apoyado en este proceso académico, personal y social. Principalmente deseo agradecer a las personas que me han acompañado académicamente en este proceso:

A Gualberto Buena-Casal por su confrontación en momentos esenciales para garantizar la calidad del trabajo y modificar esquemas personales e investigativos.

A María de la Paz Bermúdez por ser una acompañante excelente en este proceso de formación y por brindarme cada uno de los espacios necesarios y compartir sus conocimientos y experiencias.

A Andrés Catena por su disponibilidad permanente en el asesoramiento metodológico con su excelencia humana y profesional.

De igual forma, deseo agradecer a las personas e instituciones sin las cuales la finalización de esta etapa no hubiera sido posible:

A mi madre por ser el motor incansable en todas mis etapas de vida y por mantener la ilusión de una meta alcanzable. A mi padre por su legado de conocimiento y disciplina.

A Omar por enseñarme otra perspectiva de las cosas de forma constante y por ser mi compañero en el recorrido de la vida.

A la Pontificia Universidad Javeriana por confiar permanentemente en mi capacidad y responsabilidad en un proceso de mejoramiento continuo.

A las directivas de las instituciones educativas de las diferentes regiones de Colombia por abrir las puertas para participar en la investigación y poner a disposición los recursos necesarios.

A los adolescentes colombianos que participaron en la realización de la investigación no solo por colaborar sino también por su disponibilidad para compartir sus experiencias e inquietudes.

A Soledad De Lemus por construir una dinámica formativa e investigadora y por su calidez; a María de los Angeles y a Máximo por seguir siendo amigos bajo cualquier circunstancia y por el trabajo en equipo; a Tatiana y Andrés por motivarme diariamente en este proceso y por los momentos de esparcimiento. A Olga y a Inma por la compañía y el apoyo en nuestro espacio de investigación.

A César, Ingrid, Isabel y Martha por su colaboración en la distancia para todo lo que fuera necesario.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la finalización de esta etapa de vida académica, amigos y familiares.



## ÍNDICE

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN .....	17
Capítulo 2. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA.....	5
2.1    Definición y evolución de VIH .....	5
2.2    Los mecanismos de transmisión del VIH.....	10
2.3    Estrategias de prevención del VIH .....	15
Capítulo 3. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA.....	21
3.1    Situación del VIH/SIDA en el mundo.....	21
3.1.1.    Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Caribe y América Latina..	23
3.1.1.1.    Datos epidemiológicos del VIH/SIDA en Colombia .....	25
Capítulo 4. LA ADOLESCENCIA .....	37
4.1    Características biopsicosociales del adolescente.....	37
4.2    La adolescencia como etapa de riesgo para la infección por el VIH.....	41
Capítulo 5. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	47
5.1    Conductas de riesgo frente al VIH (comportamiento sexual y consumo de sustancias psicoactivas).....	51
5.2    Conocimientos frente a la infección por el VIH/SIDA .....	61
5.3    Actitudes frente a la infección por el VIH/SIDA .....	70
5.4    Susceptibilidad frente a la infección por el VIH/SIDA.....	74
5.5    Autoeficacia para el uso del preservativo.....	80
5.6    Déficit en autoconcepto .....	85
5.7    Déficit en Autocontrol .....	87
5.8    Déficit en habilidades sociales .....	89
5.9    Búsqueda de sensaciones.....	93

5.10	Trastornos psicopatológicos y la infección por el VIH/SIDA.....	97
Capítulo 6. MODELOS TEÓRICOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.....		101
6.1	Modelo de Creencias de Salud .....	117
6.2	Teoría de la Acción Razonada.....	119
6.3	Teoría del Aprendizaje Social .....	120
6.4	Modelo Transteórico de Cambio .....	120
6.5	Análisis Funcional de la Conducta .....	121
6.6	Modelo Precede .....	122
Capítulo 7. INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL.....		123
7.1	Introducción.....	123
7.2	Hipótesis .....	124
7.3	Variables.....	126
7.3.1	Variables Independientes.....	126
7.3.2	Variables Dependientes .....	126
7.3.3	Variables Controladas .....	126
7.4	Método.....	127
7.4.1	Sujetos .....	127
7.4.2	Instrumentos .....	127
7.4.3	Diseño Experimental .....	130
7.4.4	Procedimiento.....	131
7.4.4.1	Fase de selección .....	131
7.4.4.2	Fase de registro .....	132
7.5	Análisis de los datos .....	132
7.6	Resultados.....	117
7.6.1	Resultados generales .....	134
7.6.2	Resultados de la conducta sexual de los adolescentes colombianos .....	137

7.6.3 Resultados de las variables cognitivo conductuales (los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes positivas, negativas y neutras, la susceptibilidad, la autoeficacia, el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones, los rasgos psicopatológicos y las conductas antisocial y delictiva) en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.....	142
7.6.4 Resultados de las variables cognitivo conductuales en función de las conductas de riesgo sexual .....	262
7.6.5 Resultados de las correlaciones entre las variables cognitivo conductuales y la correlación entre las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo sexual.....	274
7.6.6 Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) frente a la infección por el VIH/SIDA en función de las variables psicopatológicas (rasgos psicopatológicos y conductas antisocial y delictiva).....	278
Capítulo 8. DISCUSIÓN .....	285
CONCLUSIONES.....	335
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	341
APÉNDICES .....	369



## **Capítulo 1. INTRODUCCIÓN**

En los países latinoamericanos se han generado cambios importantes a nivel sociopolítico que han beneficiado a ciertos grupos poblacionales. A pesar de la disminución del analfabetismo, de las mejoras en la atención en salud, aún las condiciones no son las óptimas; estos factores contribuyen en alguna medida a que el principal objetivo de intervención no sea la población joven y la prevención. De igual forma, existen pocos estudios sobre la población adolescente colombiana que permitan aproximarse a la realidad de los adolescentes. El continuar desconociendo la realidad de los adolescentes no beneficiará ni a corto ni a largo plazo la salud pública, y mucho menos las condiciones sociopolíticas y económicas de un país. El incremento de conductas de riesgo principalmente relacionadas con el consumo de drogas y las relaciones sexuales sin protección se han visto influenciadas por las problemáticas sociales como el abuso y la explotación sexual en menores, el incremento del intercambio sexual por dinero para cubrir las necesidades básicas, los desplazamientos a causa de la violencia, etc. (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003; Organización de las Naciones Unidas para Colombia (ONUSIDA, 2004) y UNICEF, 2002).

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA en el mundo, se han unido esfuerzos por desarrollar tecnologías que permitan no sólo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento antirretroviral más óptimo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La medicina es una de las disciplinas que ha tenido mayores avances en el abordaje de la infección por el VIH con la investigación de nuevos tratamientos antirretrovirales y de nuevas fórmulas terapéuticas que pretenden mejorar la calidad y cantidad de vida de las personas diagnosticadas. De igual forma, y como lo plantean Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz (1999) la evaluación y la intervención psicológica con las personas diagnosticadas de VIH/SIDA contribuyen significativamente a la calidad de vida principalmente con la adherencia terapéutica. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes y, a través de la historia se ha enfatizado en diferentes estrategias de intervención sobre el VIH con fines preventivos. Inicialmente se realizó un énfasis en lo relacionado con la identificación de casos de VIH/SIDA y su caracterización, con el fin de identificar los agentes causales de la enfermedad y el control de las enfermedades oportunistas. Posteriormente, se establecieron los grupos de riesgo relacionados con la infección por el VIH, con base en

las características de las personas diagnosticadas (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas, etc.). Con estos elementos se iniciaron las primeras estrategias de prevención centradas en la difusión de la información sobre la infección por el VIH y la búsqueda de la desestigmatización de la misma. Ante la expansión de la infección a otros grupos de riesgo como los niños y los heterosexuales, se evaluaron las formas de transmisión y se enfatizó en que esta infección tenía un alto componente conductual, por lo cual se inició un trabajo de investigación interdisciplinario para diseñar programas efectivos de prevención a nivel primario, secundario y terciario (Bimbela, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, la Psicología tiene un papel fundamental en el diseño de estrategias de prevención de la infección por el VIH con el fin de disminuir los nuevos casos. Por tanto, es relevante continuar con la identificación de factores de riesgo relacionados con la infección por el VIH; hasta el momento los factores de riesgo más mencionados e incluidos en las investigaciones se relacionan con el nivel de conocimientos, las actitudes, la percepción de riesgo y la autoeficacia percibida frente a la infección por el VIH. Sin embargo, otros autores han identificado como relevante el estudio de variables relacionadas con la conducta y los factores cognitivos, como son el autocontrol, el autoconocimiento, los rasgos psicopatológicos, etc.; los cuales no han sido investigados en profundidad ni relacionados con las conductas de riesgo asumidas por las poblaciones estudiadas de manera conjunta.

Mediante la presente tesis doctoral se pretende identificar los factores psicosociales de riesgo relacionados con la infección por el VIH en adolescentes colombianos. En este documento se presentan apartados fundamentales para la comprensión de la temática, enfatizando en los comportamientos de riesgo como son las relaciones sexuales sin protección, el consumo de sustancias psicoactivas y otras variables psicológicas. En el primer capítulo se realiza una descripción de cada uno de los apartados de la investigación. En el segundo capítulo se incluyen los aspectos básicos con son los conceptos de la infección por el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los mecanismos de infección del VIH y las estrategias de prevención frente al VIH. En el tercer capítulo, se realiza una descripción epidemiológica de la infección a nivel mundial y con mayor detalle en Latinoamérica y Colombia. En el cuarto capítulo, se relacionan las características de la adolescencia y los comportamientos de riesgo más frecuentes en esta etapa de vida. En el quinto capítulo, se describen los diferentes factores psicosociales de riesgo frente a la infección por el VIH como las conductas de riesgo, los conocimientos sobre el VIH/SIDA, las



actitudes, el déficit en habilidades sociales, entre otras. En el sexto capítulo, se describen los modelos teóricos relacionados con la prevención de la infección por el VIH. En el séptimo capítulo se describe toda la investigación experimental incluidos los objetivos de la investigación, las variables, las hipótesis, el tipo de estudio y los diferentes resultados de las variables. En el capítulo octavo se realiza la discusión; y finalmente, se incluyen las conclusiones de la investigación, las referencias bibliográficas y los apéndices.

Esta investigación se considera una etapa inicial para lograr no solo la caracterización de la población objeto sino también para identificar los factores de riesgo frente al VIH, con el fin de diseñar un programa de intervención acorde a las necesidades encontradas y a los aspectos fundamentales en la prevención de la infección por el VIH en la población adolescente. La investigación se enmarca dentro del diseño experimental, específicamente de tipo cuasiexperimental. La muestra está conformada por adolescentes entre 13 y 18 años de edad, que están vinculados a las instituciones educativas tanto públicas como privadas de las diferentes regiones de Colombia. Teniendo en cuenta lo anterior, la evaluación de los diferentes factores psicosociales facilitadores del riesgo frente a la infección por el VIH como el nivel de conocimiento, las actitudes, el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones y los rasgos psicopatológicos, es fundamental para la comprensión de la infección por el VIH en los adolescentes.

Una de las razones principales por las cuales se estudia este fenómeno en los adolescentes es porque es la generación de adolescentes más grande de la historia, y se encuentran concentrados principalmente en países en desarrollo y en zonas urbanas (UNICEF, 2002). De igual forma, la relevancia es que en la adolescencia se inician o instauran las conductas de salud y las habilidades para la vida que pueden ser diagnosticadas, intervenidas y modificadas a tiempo para el bienestar del adolescente y el bienestar social. A su vez, se dan cambios neuronales que facilitan el desarrollo de habilidades cognitivas a favor de los adolescentes y en el aprendizaje.



## **Capítulo 2. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA**

Realizar una aproximación conceptual sobre los aspectos básicos relacionados con el VIH/SIDA es fundamental para poder comprender de forma adecuada las características de la infección por el VIH y establecer claramente la diferenciación entre las distintas fases de la infección. Este capítulo se desarrolla en tres apartados fundamentales: la infección por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida donde se describe los tipos de VIH, el ciclo replicativo del VIH, la forma de diagnóstico del VIH, el proceso de la infección en el individuo y los tratamientos antirretrovirales. En el segundo apartado se describen los diferentes mecanismos de transmisión del VIH; y en el tercer apartado se incluyen las diferentes estrategias de prevención de la infección por el VIH.

### **2.1 Definición y evolución de VIH**

Actualmente, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son dos de las principales problemáticas en salud y que despiertan el interés de las diferentes disciplinas, sectores socioeconómicos y políticos del mundo.

Los primeros casos de sida fueron en 1983 ante lo cual se presentaron diferentes estudios con el fin de identificar el virus que generaba la enfermedad. Luc Montagnier y Robert Gallo, han sido los investigadores que son los autores del descubrimiento del VIH (Barré-Sinoussi, Chermann, Rey, Nugeyre, Chamaret, Gruest et al., 1983; Ferrer, 1997). El VIH pertenece a la categoría de retrovirus, lo cual significa que tiene capacidad para convertir el RNA en DNA por medio de la enzima denominada retrotranscriptasa (RT) o transcriptasa inversa. El VIH pertenece al género de retrovirus llamado lentivirus, que ocasiona enfermedades por la pérdida o muerte funcional de las células infectadas; siendo una característica fundamental de los genomas de los lentivirus, la combinación compleja de genes reguladores y los genes *gap*, *pol* y *env* (Mas, Yuste, Menéndez-Arias y Domingo, 2001). El VIH afecta directamente a los

linfocitos CD4, a los cuales se une para entrar a la célula y así iniciar su proceso de replicación, deteriorando el sistema inmunológico del ser humano (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000). El ciclo de replicativo del VIH consta de dos grandes etapas, la primera es la entrada de la capsida (estructura proteica derivada del gen *gap*, donde está la proteasa, la retrotranscriptasa y la integrasa), la copia del RNA a DNA, y la integración del DNA en el genoma de la célula huésped. La segunda fase es la síntesis y el proceso de genomas virales; para el ensamblaje se asocia el RNA genómico con los *gap* y estos interaccionan con la membrana plasmática. Finalmente, sale el virón por gemación y los *gap* generan el virón maduro (Mas et al. 2001). Sin embargo, Mas et al. (2001) también describen el proceso de replicación del VIH en siete etapas como son la entrada en la célula, la síntesis del DNA, la integración, la transcripción, la traducción, el ensamble y salida del virus de la célula y la maduración. Para que se logre la entrada del VIH a la célula esta debe unirse a un receptor celular del VIH que es la proteína inmunoglobulina CD4 por medio de la glicoproteína gp120. Las quimioquinas actúan como correceptores para el VIH y esta unión es facilitada por la unión de la gp120 y el CD4. Posteriormente esto finaliza la transcripción inversa del RNA viral generando un DNA, mediada por la retrotranscriptasa (RT), y termina cuando se duplican las secuencias repetitivas largas en los extremos del DNA. En el proceso se dan mutaciones por errores en el apareamiento de nucleótidos, lo cual genera la diversidad genética del VIH y la dificultad para la efectividad de los tratamientos antirretrovirales. Por tanto, la intervención farmacológica sobre la RT es fundamental para la inhibición de la misma por medio de los inhibidores análogos de nucleósido (NRTI) y los inhibidores no análogos de nucleósidos (NNRTI). Cuando ya se ha dado la transcripción inversa del RNA viral pasa al núcleo de la célula integrándose al genoma del huésped donde se conserva el ciclo de vida de los retrovirus, ya que mantiene estable el genoma viral y se protege de la degradación. Para la replicación del VIH se necesita el provirus que es el DNA integrado y se mimetiza un gen celular que dirige la maquinaria celular durante la transcripción viral y todos los RNA son modificados. Las proteínas virales Tat (activador transcripcional) y Rev (regulador de la expresión del virón) son fundamentales en esta etapa de síntesis y procesamiento del RNA para lograrla la replicación retroviral en las células infectadas. Otra etapa es la traducción en la cual los RNA mensajeros son transcritos y se unen al ARN genómico viral, para que por gemación constituya la partícula que sale por la membrana celular y continuar con el

proceso infeccioso a partir de la maduración de la partícula viral liberada para infectar a otras células. Para este proceso de maduración es fundamental la proteasa, por lo cual, algunos tratamientos antirretrovirales se centraron en su inhibición para controlar la maduración del virus y controlar la infección de nuevas células.

Las investigaciones han encontrado diferentes tipos de VIH, los más estudiados son el VIH-1 y el VIH-2; ambos tipos presentan los mismos mecanismos de transmisión, las consecuencias clínicas y una inmunosupresión grave; aunque su distribución en las regiones del mundo es diferenciada principalmente relacionadas con la carga viral (Chaisson, Sterling y Gallant, 2002). De igual forma, el VIH-1 y el VIH-2 se diferencian genética e inmunológicamente, aunque aparentemente tienen un mismo origen por la secuencia de los nucleótidos. El VIH-2 fue descubierto en 1986, se encuentra principalmente en el continente africano, entre personas heterosexuales y su tiempo de incubación es mayor que el del VIH-1. El VIH-1 presenta diez subtipos y pueden ser diagnosticados con las pruebas clínicas utilizadas tanto para el *screening* como para el pronóstico del VIH. Los diez subtipos son denominados VIH-1 grupo M y los falsos negativos a la variante VIH-1 se denominan VIH-1 grupo O (Machuca, Soriano y González-Lahoz, 2000).

La evolución del virus en el organismo tiene tres fases básicas como son la aguda o primoinfección, la intermedia o crónica y la fase final o etapa Sida con el fin de tener mayor claridad sobre el progreso de la infección por el VIH (Gatell et al., 2000). La *etapa aguda o primoinfección* se inicia desde el momento en que se da la infección por el VIH, entrando en la ventana inmunológica que dura entre 4 y 12 semanas en las cuales la detección de anticuerpos es imposible debido a los elevados niveles de antígenos en el individuo infectado. Pasados los tres meses la detección de anticuerpos se realiza y se diagnostica la presencia del VIH en el individuo. Su evolución depende de la cantidad de virus en la persona diagnosticada de VIH, del tipo de VIH y de la capacidad inmunológica del receptor. La infección se concentra principalmente en tejidos, órganos y en el sistema nervioso central. De igual forma, se dan respuestas celulares y humorales intensas al VIH que estimulan al sistema inmune, generando inmunosupresión y destrucción de los CD4 persistentemente al no poder contener la replicación viral. Se inicia la producción de anticuerpos y va desapareciendo el antígeno p24, disminuyen los virus circulantes y los linfocitos CD4 que han sido infectados; una de las enfermedades oportunistas que se puede presentar en esta fase es la candidiasis esofágicas a causa de la inmunosupresión que presenta la persona infectada por el VIH

(Gatell et al., 2000; Mas et al., 2001). Posteriormente, se desarrolla la *fase intermedia o crónica* la cual dura varios años dependiendo del tipo de VIH que se tenga, los tratamientos recibidos y los cuidados de la persona diagnosticada y se da un equilibrio entre la producción y distribución de linfocitos CD4+. Esta etapa es mucho más rápida cuando se han presentado síntomas en la etapa aguda o cuando la carga viral es alta y están bajos los CD4+. Finalmente, la *fase de crisis* también denominada etapa SIDA, ya que se da un incremento de la replicación viral y el sistema inmunológico se encuentra más deteriorado, teniendo en cuenta la alta carga viral y el bajo nivel de linfocitos CD4 que van disminuyendo significativamente; con base en este cuadro inmunológico, la persona puede tener infecciones oportunistas como la tuberculosis, el herpes zoster, el sarcoma de kaposi, la neumonía y/o el citomegalovirus y algunas neoplasias o trastornos neurológicos. Cuando se diagnostica a una persona con el VIH y se encuentra en la etapa SIDA, es baja la efectividad de los tratamientos antirretrovirales por el avance de la infección; por tanto, en la actualidad, se trata de iniciar el tratamiento antirretroviral transcurrido el menor tiempo tras el diagnóstico con el fin de reducir y controlar la carga viral, llegando a niveles indetectables del VIH en la sangre. El promedio de sobrevivencia después del diagnóstico de Sida varía en función del episodio inicial, del mecanismo de transmisión y la cantidad de CD4, teniendo una duración entre uno y tres años aproximadamente (Gatell et al., 2000).

El diagnóstico de la infección por el VIH se puede realizar solo a través de análisis clínicos que permiten realizar el diagnóstico y el pronóstico de la infección. Los métodos de laboratorio para el diagnóstico del VIH pueden clasificarse como directos o indirectos y las pruebas serológicas se clasifican en pruebas de *screening*, de aglutinación y de confirmación. Entre las pruebas directas se encuentran el cultivo viral, la detección de ácidos nucleicos como la reacción de cadena de polimerasa (*Polymerase Chain Reaction*) que establece las secuencias específicas de DNA o RNA del virus, y la antigenemia (p24). Entre las pruebas indirectas se encuentran la detección de anticuerpos específicos con las pruebas de *screening* como el enzoinmunoanálisis (*Enzyme-Linked-Immunosorbent-Assay, EIA/ELISA*) que es la primera prueba clínica que se debe realizar a una persona con sospecha de infección por el VIH y las pruebas de aglutinación. Dentro de las indirectas, también se encuentra la investigación de la inmunidad celular específica (Machuca et al., 2000). Entre las pruebas de confirmación se encuentran el Western Blot, la radioinmunoprecipitación (RIPA) y la inmunofluorescencia indirecta (IFI), entre otras. Las pruebas más utilizadas son el Elisa

y el Western Blot, la primera como prueba diagnóstica y la segunda como prueba confirmatoria, dados los altos costos de las otras pruebas. Generalmente, se realizan pruebas de diagnóstico del VIH-1, sin embargo, en algunos países como España se realiza pruebas clínicas para la detección de ambos tipos de VIH cuando hay antecedentes de infección de VIH-2 por procedencia geográfica y cuando no da positivo al VIH-1 con características de infección por el VIH (Chaison et al., 2002). Posterior al diagnóstico del VIH, se realizan las pruebas pronósticas entre las que se encuentran la carga viral y el conteo de CD4, que permiten evaluar el estado de la infección en una persona seropositiva y, a su vez, conocer la evolución de la infección con y sin tratamiento antirretroviral (Ruiz, Paredes y Clotet, 2001).

Las asesorías pre y post prueba sobre el VIH/SIDA deben orientarse hacia las personas que emiten conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, la sintomatología clínica relacionada con la infección, las personas con transfusiones sanguíneas entre 1978 y 1985, la presencia de enfermedades de transmisión sexual y las mujeres en edad fértil (Del Río y Curran, 2002). Por tanto, el conocimiento de la infección por el VIH y las habilidades en consejería son fundamentales para un diagnóstico precoz del VIH y una prevención primaria y secundaria adecuada. Los resultados denominados falsos positivos y falsos negativos, es decir, fallas o equivocaciones en el sistema de diagnóstico del VIH por los reactivos utilizados, deben ser incluidos como temas en las asesorías que se realizan, teniendo en cuenta el impacto psicológico que pueden llegar a generar; otro aspecto a tener en cuenta es la alta probabilidad de que se continúe con la emisión de conductas de riesgo frente a la infección del VIH independiente del resultado de los análisis clínicos.

Los tratamientos antirretrovirales han mejorado las condiciones de vida de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, ya que permiten la disminución de la carga viral, y en algunos casos la recuperación del sistema inmunológico aumentando la cantidad y la calidad de linfocitos CD4 en la persona. Existen diferentes pautas farmacológicas para el control de la infección por el VIH y el Sida, y principalmente actúan en el proceso de replicación del virus, influyendo sobre la transcriptasa inversa y la proteasa responsables de los procesos de entrada del virus a la célula y de la fabricación de nuevos virus respectivamente. Los inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) pueden ser de dos tipos, los análogos de los nucleósidos y los no análogos de los nucleósidos. Por otro lado, los inhibidores de la proteasa son la base del tratamiento antirretroviral de alta eficacia (HAART) y requieren estar en combinación con otros

fármacos para prevenir las resistencias al tratamiento. Finalmente, se están realizando aun ensayos con los antirretrovirales de fusión que evitan que el VIH entre a la célula entre ellos el T-20 (Barreiro, González del Castillo y González-Lahoz, 2001).

En la primera década de la infección por el VIH se esperaba una expansión mucho más rápida del virus, aunque se ha logrado disminuir un poco el ritmo de la difusión por las diferentes estrategias de prevención y control por los tratamientos antirretrovirales que disminuyen la carga viral en las personas diagnosticadas y eso influye en la transmisión del VIH (Santamaría et al., 2002). De igual forma, la infección por el VIH se encuentra desde 1983 y ha ido presentando variaciones con relación a la rapidez de la transmisión del VIH, a las poblaciones más afectadas según el sexo y a los mecanismos de transmisión; cada día se da mayor número de infecciones por el VIH, la incidencia en mujeres ha aumentado y está priorizando la transmisión heterosexual (ONUSIDA, 2004).

Teniendo en cuenta este panorama, las estrategias de prevención y control deben modificarse y adaptarse a estos cambios.

## **2.2 Los mecanismos de transmisión del VIH**

La infección por el VIH se da principalmente por la emisión de conductas de riesgo que facilitan la transmisión del VIH por el paso de células infectadas presentes en fluidos de personas diagnosticada de VIH a otras personas que no están infectadas (UNAIDS, 2005). Entre los fluidos que presentan mayor concentración del VIH se encuentran los siguientes: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias (Del Río y Curran, 2002). A su vez, se ha encontrado cantidades muy bajas del VIH en fluidos como la saliva y el sudor aunque no se han identificado casos de transmisión por esas vías (American International AIDS Foundation, 2005; Del Río y Curran, 2002); la saliva está siendo utilizada como medio de diagnóstico del VIH, sin embargo, no se utiliza como único medio de diagnóstico (Medina Madrid, Morán López, Regalado y Bergado, 2000). El intercambio de estos fluidos puede producirse a través de los mecanismos de transmisión del VIH, como son las relaciones sexuales sin protección, la exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados y la exposición perinatal o congénita (Vidal, Coll y Reverter, 2001).



El principal mecanismo de transmisión de la infección por el VIHes a través de la *vía sexual* en los países latinoamericanos y en algunos países occidentales (ONUSIDA, 2004). Entre las conductas sexuales de más alto riesgo se encuentran el coito anal y vaginal, y en menor proporción el sexo oral desprotegido (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Algunos autores diferencian la transmisión sexual en función de las conductas homosexuales y heterosexuales (Blanco, García-Viejo, Tor, Muga y Mallolas, 2000). Se establece que entre el 40% y el 60% de los casos de VIH/SIDA han tenido lugar a través en las relaciones homosexuales desprotegidas tanto en Estados Unidos como en Europa y en algunos países de América Latina. La conducta sexual de mayor riesgo entre homosexuales es la penetración anal y oral; el riesgo en las relaciones anales se fundamenta en la presencia de macrófagos en el ano, los cuales capturan fácilmente al VIH y lo incorporan al organismo, y también por las roturas de membranas durante la penetración que facilita el intercambio de sangre. Con relación al sexo oral, el principal riesgo es el contacto con el semen y líquido preeyaculatorio que tienen importantes cantidades de VIH (UNAIDS, 2005). Se establece que es mayor el riesgo de hombre a mujer que de mujer a hombre, no solo por la recepción del fluido seminal sino también por la sensibilidad de la mucosa vaginal, la cual la expone a mayores laceraciones por la penetración (Cummins y Dezzutti, 2000). Adicionalmente, otros factores relacionados con la infección por el VIH en esta población son la promiscuidad sexual, las relaciones sexuales anales principalmente receptivas, los edemas anales y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (Blanco et al., 2000). En las relaciones sexuales heterosexuales, que representan entre el 6% y el 10% de los casos de infección por VIH en Estados Unidos y Europa, siendo mayor esta proporción en América Latina, el mayor riesgo es el contacto con el semen por la cantidad de células monocleares y libres, al igual que los fluidos servic vaginales (Blanco et al., 2000). Entre otros factores de riesgo frente a la infección por el VIH se encuentran las coinfecciones por otras enfermedades de transmisión sexual, ya que facilitan la infección por el VIH, ante lo cual su presencia en una persona debe generar un diagnóstico complementario (Day, Lakhani, Hankins y Rodgers, 2004; Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000); los factores anatómicos como la circuncisión; los riesgos de las prácticas sexuales que generan sangrado, el contacto con la menstruación, el sexo anal y el incremento de los fluidos cervicales durante el embarazo; de igual forma se incluye la influencia del estado serológico de las personas diagnosticadas como la alta carga viral

y los bajos niveles de CD4, y la infección aguda; finalmente, la utilización de medicamentos que afecten el epitelio vaginal como es la progesterona (Blanco et al., 2000).

Otra forma de contraer la infección por el VIH es a través de la *vía sanguínea o parenteral*, la cual ocurre por transfusiones de sangre, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas e instrumentación con equipos con sangre infectada con el VIH. Es importante señalar que actualmente la posibilidad de infección por donación o transfusión de sangre es casi nula, teniendo en cuenta los controles que se realizan en los bancos de sangre no solo con la utilización de agujas desechables sino también con los análisis a la sangre para controlar si tienen VIH o no posterior a la donación de sangre (García Abreu, Noguer y Cowgill, 2004; ONUSIDA, 2004); sin embargo, en algunos países se siguen presentando problemas en los controles de que se le realizan a las donaciones de sangre (Fraser, 2005; Minga, Huet, Dohoun, Abo et al., 2005). En años anteriores, las personas hemofílicas han tenido más riesgo de infectarse por transmisión sanguínea al no tener el control total tanto de los donantes como de las transfusiones, sin embargo esto ha sido controlado poco a poco (Bayés, 1995). La *exposición parenteral* es un mecanismo de transmisión del VIH frecuente entre usuarios de drogas intravenosas, asociándose con la frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros drogodependientes (Blanco et al., 2000).

Un tercer mecanismo de transmisión es la *transmisión de madre a hijo o transmisión vertical*, que puede darse durante la gestación, durante el parto o durante la lactancia materna. El VIH ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva desde periodos tempranos, siendo estos el líquido amniótico, y los tejidos embrionarios y fetales (Del Río y Curran, 2002). De igual forma, la leche materna puede aumentar la tasa de transmisión vertical en un 14%; sin embargo en algunos países subdesarrollados se continua el dilema sobre la alimentación a los recién nacidos con leche materna de una mujer diagnosticada de VIH/SIDA cuando la supervivencia es prioritaria frente a la infección (Del Río y Curran, 2002). El riesgo de infección en el proceso de gestación varía entre el 20% y el 70%, aceptándose que oscila alrededor del 30% si se logra el inicio de medicación antirretroviral en la madre (Chermann, 1998; ONUSIDA, 2004; Vidal et al., 2001). Otros autores plantean que entre el 15% y el 20% de los casos de los hijos de madres diagnosticadas de VIH/SIDA presenta serología positiva al VIH (Machuca et al., 2000). Actualmente, uno de los

programas de mayor énfasis en la prevención de la infección por el VIH en los diferentes países del mundo es el control prenatal, principalmente en las mujeres embarazadas diagnosticadas de VIH/SIDA, las cuales reciben tratamiento antirretroviral durante y después del embarazo con el fin de disminuir la probabilidad de infección por el VIH en el feto (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000; UNAIDS, 2003). Los hijos de madres seropositivas al VIH pueden generar seroconversión, por lo cual se deben realizar nuevamente los análisis clínicos 18 meses después del nacimiento para confirmar si el niño es portador del VIH (Cherman, 1998; Vidal et al., 2001). De igual forma, las consecuencias a nivel neurológico y a nivel psicológico en los hijos de mujeres diagnosticadas de VIH son considerables. Los niños pueden presentar encefalopatía progresiva, retraso en el desarrollo, microcefalia, alteraciones en el lenguaje y en la conducta de adaptación entre otras; lo cual implica cambios en las estrategias de afrontamiento de la familia y del niño o adolescente (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995).

Existen diferentes clasificaciones en función del riesgo frente a la infección por el VIH. Glasel (1990) clasifica los factores de riesgo frente a la infección por el VIH en factores de alto riesgo, de riesgo moderado y de menor riesgo. Entre los factores de alto riesgo se encuentran el contacto con la sangre, el semen y el ser receptivo en el coito anal y vaginal con eyaculación. En el riesgo moderado se puede mencionar la penetración anal y vaginal, relación bucogenital o bucoanal y la estimulación del recto manualmente. Y finalmente, el menor riesgo se da en el contacto con la orina, la masturbación mutua con eyaculación, los besos con gran cantidad de saliva y el *cunnilingus*. Bayés (1995) clasificó los factores los riesgos frente a la infección por el VIH en tres: el primer factor se relaciona con los elementos que facilitan la entrada del VIH en el organismo como son las heridas o alteraciones de piel y mucosas originadas por enfermedades de transmisión sexual, por ciertas conductas sexuales como el coito anal, por las hemorroides, las consecuencias físicas de una violación, por las relaciones sexuales durante la menstruación y los efectos adversos de algunos anticonceptivos. El segundo factor se relaciona con la duración del VIH sobre la piel a causa de las fallas de higiene después de una relación sexual o por la ausencia de la circuncisión. Por último, el tercer factor se relaciona con los elementos que debilitan el sistema inmunitario como son otras infecciones piógenas y virales, los trastornos alimentarios, el consumo de opio y tabaco, las reinfecciones, y los estados emocionales como la ansiedad y la depresión.

Otra de las clasificaciones de riesgo frente a la transmisión sexual es la establecida por el Counselling Guidelines for HIV en 1995 citado por Blanch Andreu y Torres Mata (2002) en la cual se establecen cuatro niveles de riesgo: sin riesgo, riesgo teórico, bajo riesgo y alto riesgo; los besos secos, las caricias, los roces del cuerpo y la masturbación mutua sin intercambio de fluidos, etc., no implican riesgo; se asume un riesgo teórico cuando los besos son húmedos, se practica el *cunnilingus* o *anilingus* o las relaciones digitoanales y vaginales, y se utilizan objetos sexuales con barreras de protección como el preservativo o guantes de látex. El bajo riesgo se da cuando se tiene penetración anal, vaginal u oral con preservativo y la felación y eyaculación con ingesta de semen o sin ella. Y por último, el alto riesgo se tiene cuando hay penetración vaginal y anal sin preservativo y con el *coitus interruptus*. Entre las últimas clasificaciones del riesgo se encuentra la mencionada por UNAIDS (2005) que categoriza las actividades sexuales con riesgo, con menos riesgo y sin riesgo. Las actividades con riesgo se dan cuando hay contacto con la sangre o los fluidos sexuales con membranas mucosas (recto, vagina, boca, nariz, etc.) que tengan una herida y faciliten la entrada del VIH; entre las actividades con menos riesgo se encuentran las que se realizan con el uso del preservativo de forma consistente, cuando se usan lubricantes con base en agua. Y por último, las actividades sin riesgo son la abstinencia, tener relaciones con una sola persona que no esté diagnosticada del VIH, la masturbación, las fantasías, las conversaciones eróticas y masajes no sexuales.

En la misma línea, la conducta sexual de riesgo frente a la infección por el VIH se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas al perder la persona la capacidad de control en las relaciones sexuales y colocarse en riesgo frente a la infección por el VIH; de igual forma, la falta de información, los pocos programas de educación sexual y la falta de acceso a los preservativos por parte de algunos sectores de la población contribuyen a incrementar los factores de riesgo frente a la infección por el VIH (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000). En el inicio de la infección se tenía una asociación entre el VIH y la homosexualidad, ya que los primeros casos se presentaron en hombres homosexuales, quienes tenían varias conductas de riesgo como el número de parejas sexuales, las relaciones sexuales anales, el poco uso del preservativo y la frecuencia en las relaciones sexuales. La atribución que se hacía hacia ciertos grupos de riesgo ha disminuido y se ha enfatizado en las conductas de riesgo; por tanto, se establece que la

orientación sexual como tal no es indicador de riesgo, sino las conductas sexuales que se tienen ya sea anal, vaginal u oral (Bayés, 1995).

Con respecto a los mecanismos de transmisión, diferentes autores mencionan la importancia de tener un conocimiento más amplio al analizar los factores de riesgo frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que se dan comportamientos que pueden incidir en las tasas de infección como es el caso de los hombres que tienen relaciones homosexuales, tienen su pareja estable heterosexual y no usan el preservativo incrementando la posibilidad de la transmisión vertical (Bayés, 1995; Barreiro, Soriano y González-Lahoz, 2001). Por otro lado, existen factores asociados a los mecanismos de transmisión como son el contacto sexual sin protección, las enfermedades de transmisión sexual y el consumo de sustancias psicoactivas (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000), los cuales se desarrollarán en el capítulo 5.

### **2.3 Estrategias de prevención del VIH**

Para lograr el control de la difusión de la infección por el VIH, se deben implementar diferentes estrategias relacionadas no solo con los controles epidemiológicos y la atención a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, sino también con la identificación de los principales mecanismos de transmisión, el conocimiento de las posibles causas que llevan a que las personas a que asuman riesgos frente a la infección por el VIH y los otros factores concomitantes, que en conjunto buscan la disminución de la incidencia del VIH en la población en general (Barreiro, Soriano et al., 2001).

Entre las formas de prevención a nivel sexual, principalmente en población homosexual, se encuentran las prácticas seguras, la evitación de la promiscuidad, la utilización adecuada de los preservativos de látex y la higiene sexual (Blanco et al., 2000). Hoy en día se habla de la higiene sexual, para referirse a la conducta de evitar el intercambio de fluidos y secreciones corporales que puedan contener el VIH (semen, flujo vaginal, sangre, orina, materia fecal, saliva, lágrimas y leche materna), como una de las medidas más efectivas (Bimbela, 2002). En población heterosexual las principales formas de prevención son las conductas sexuales seguras como las

relaciones sexuales sin penetración o usando en todas las relaciones sexuales el preservativo; la evitación de la promiscuidad, es decir, tener una sola pareja estable que no esté diagnosticada de VIH, o por el contrario si está diagnosticada utilizar las barreras de protección necesarias frente al intercambio de fluidos sexuales; y el uso del preservativo tanto en las relaciones anales, vaginales y orales (Blanco et al., 2000). Por tanto, la prevención hacia personas heterosexuales y homosexuales debe enfocarse hacia las conductas sexuales seguras, evitando el intercambio de fluidos, usando adecuadamente el preservativo y evitando la promiscuidad. En función de la revisión realizada se concluye que una de las principales diferencias en las intervenciones realizadas hasta el momento radica en el énfasis en las campañas de información y educación entre heterosexuales y en la higiene sexual entre los homosexuales. De igual forma, se deben incluir estrategias educativas relacionadas con los efectos de los tratamientos antirretrovirales en las personas diagnosticadas de VIH ya que contribuyen a la reducción de la carga viral en los fluidos sexuales y a su vez, disminuir el riesgo de transmisión por vía sexual (Blanco et al., 2000).

Por ser la actividad sexual el medio de mayor probabilidad de contraer la infección, se debe enfatizar en la utilización de barreras físicas, que impidan el contacto con fluidos contaminados como es el uso del preservativo. Hace años se difundió el uso de los preservativos con nonoxinol-9 porque disminuía el riesgo frente al VIH (Blanco et al., 2000). Sin embargo, en estudios más recientes se ha comprobado que el espermicida nonoxinol-9 afecta a la mucosa vaginal y anal, generando mayor riesgo frente a la infección por el VIH (Fichorova, Tucker y Anderson, 2001; Niruthisard, Roddy y Chutivongse, 1991; Wilkinson, 2002). Sin embargo, este método de protección debe ser fortalecido en las diferentes campañas preventivas teniendo en cuenta la baja tasa de uso, las resistencias al uso y los errores en la utilización del mismo (Del Río y Curran, 2002). Otra forma de protección, lo constituyen las barreras de comportamiento, tales como la abstinencia sexual, el tener relaciones sexuales monogámicas con una persona fiel y no infectada, tener relaciones sexuales sin penetración u optar por el uso de preservativos cuando exista riesgo de infección, evitar el consumo de drogas, efectuar un manejo adecuado de agujas y equipo quirúrgico. Se pueden incluir otras estrategias como las notificaciones de infección a la pareja de la persona diagnosticada, aunque esto tiene normativas legales diferentes en cada país; controlar las enfermedades de transmisión sexual y en algunas ocasiones se ha mencionado la utilización de tratamiento antirretroviral ante el riesgo ocupacional como en el caso de los

profesionales de la salud (Del Río y Curran, 2002). Una nueva estrategia de prevención frente al VIH que se est  desarrollando son los microbicidas vaginales y rectales (Balzarini y Van Damme, 2005).

Con respecto a la transmisión perinatal, se está logrando controlar la transmisión del VIH de madre a hijo por el inicio del tratamiento antirretroviral durante los primeros meses de gestación, al igual que el inicio del tratamiento antirretroviral en el recién nacido siendo una de las estrategias fundamentales tanto de UNAIDS (2004) como de ONUSIDA y el Ministerio de protección social (2004). En otros estudios se ha encontrado una disminución significativa de la tasa de mortalidad en los menores infectados por sus madres debido a los avances en las investigaciones sobre el control de la transmisión vertical no solo controlando la gestación sino también el momento del parto y la lactancia materna, al igual que iniciando el tratamiento antiretroviral en los recién nacidos (Musoke Philippa y Miiro, 2000; Paul et al., 2005). Otra forma de prevención de la transmisión de madre a hijo ha sido el diagnóstico precoz de la infección por el VIH en mujeres que desean tener un hijo con el fin de controlar tanto la fecundación como todo el proceso de gestación con la intervenciones adecuadas, aunque se presentan limitaciones en el acceso a las pruebas de forma gratuita (Musoke Philippa y Miiro, 2000). De igual forma, se han realizado estudios en los cuales se analiza el costo beneficio de realizar un programa de prevención de la transmisión vertical del VIH principalmente enfocado a la lactancia materna por medio de la medicación antiretroviral (Maclean y Stringer, 2005).

En relación a la transmisión sanguínea, las estrategias preventivas se diferencian en función del consumo de drogas, por pertenecer al grupo de personas hemofílicas o por transfusiones de sangre. En la drogadicción por vía parenteral las principales medidas de prevención enfatizan en los programas de esterilización del material que se utiliza en el intercambio de jeringuillas, el fortalecimiento de los programas de metadona, los programas de modificación de conducta y las campañas preventivas en las instituciones educativas (Blanco et al., 2000). En cuanto al grupo de hemofílicos y los procesos de transfusión de sangre, fundamentalmente, la prevención se centra en los procesos de control de la sangre, reducción de las transfusiones a lo mínimo posible y los programas de selección de donantes. Estas infecciones pueden evitarse mediante una práctica efectiva de bioseguridad, como la esterilización de los instrumentos médico-quirúrgicos, la selección adecuada de donantes de sangre, semen, tejidos y el uso de barreras de protección, entre otros (Barreiro, Soriano et al., 2001).

Otra forma de prevención es la atención a las personas diagnosticadas y los programas de modificación de conductas con el fin de generar mayor control de las personas diagnosticadas sobre su tratamiento antirretroviral y sobre sus conductas de autocuidado en beneficio de la comunidad en general (Uribe Rodríguez, 2004b). ONUSIDA (2004) plantea que es una necesidad fundamental garantizar el acceso a los tratamientos antirretrovirales a las personas seropositivas al VIH, disminuyendo los costos e incrementando el personal sanitario para la atención a la población diagnosticada de VIH. Los tratamientos antirretrovirales son una estrategia de control de la infección ya que disminuye la cantidad del VIH en los sujetos seropositivos; sin embargo, el incremento del tiempo de vida en las personas diagnosticadas de VIH/SIDA y la no modificación de las conductas de riesgo que presentan, es un factor adicional en la prevención y que debe fortalecerse desde la intervención terciaria (UNAIDS, 2005).

Una estrategia preventiva sobre la cual actualmente se está trabajando es la relacionada con la vacuna frente al VIH/SIDA. Algunos autores mencionan que la vacuna estaría orientada en dos direcciones, en la prevención de la infección y, en la eliminación del virus una vez que se encuentra en el organismo (Medrano, Pérez, Thomson y Nájera, 2001). De igual forma, los autores plantean que la rapidez de la difusión de la infección, la mutación del VIH, los altos costos en los medicamentos, los dilemas éticos y la baja cobertura de las vacunas son algunas de las principales dificultades en este tipo de prevención; adicionalmente, que la producción de la vacuna implica la inclusión de un componente de inmunidad humoral y otro de inmunidad celular que hace más complicada su producción (Medrano et al., 2001). No obstante, es conveniente continuar con las diferentes estrategias de prevención frente a la infección por el VIH con relación a las conductas de riesgo asumidas por la población en general.

Finalmente, ONUSIDA (2004) considera fundamental la educación como estrategia preventiva frente a la infección por el VIH. Sin embargo, es muy bajo el porcentaje de personas que acceden a esta información a pesar de los diferentes esfuerzos para la ampliación de la cobertura. La infección por el VIH se considera una enfermedad conductual, ante lo cual el asumir conductas de autocuidado como el uso del preservativo en las relaciones sexuales, evitar el consumo de drogas inyectables y el intercambio de jeringuillas, no consumir sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales, identificar el nivel de susceptibilidad frente a la infección por el VIH y enfatizar en las diferentes conductas de protección y enfatizar sobre ellos son algunas de las conductas de prevención frente a la infección por el VIH (UNAIDS,



2005). Por tanto, las intervenciones deben ser integrales como lo menciona ONUSIDA (2004), donde se orienten las estrategias de prevención según los diferentes mecanismos de transmisión y se enfatice en la prevención primaria por medio de la información y educación de conductas saludables y los riesgos de las conductas sexuales sin protección.



### **Capítulo 3. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA**

En la actualidad, la infección por el VIH y el SIDA son los principales problemas de la salud pública a nivel mundial por las consecuencias que genera a nivel individual, familiar, social y económico.

A continuación se realizará una descripción de la situación epidemiológica en diferentes regiones del mundo, con énfasis en América Latina especialmente en Colombia.

#### **3.1 Situación del VIH/SIDA en el mundo**

En función de los últimos informes de ONUSIDA (2004) se establece que la incidencia del VIH en el mundo sigue aumentando. Actualmente, existen 40 millones de personas diagnosticadas de VIH en todo el mundo, principalmente en el Asia Oriental y Central y en Europa Oriental (ONUSIDA, 2004). Si se lleva a cabo una distribución por zonas geográficas, la zona con mayor número de casos de VIH/SIDA es la de África Subsahariana, donde aproximadamente de 25 a 28 millones de personas están infectadas del VIH; seguidas por Asia Meridional y Sudoriental entre cuatro y ocho millones de personas infectadas de VIH; y en tercer lugar América Latina con casi dos millones de personas infectadas por el VIH. Sin embargo, se establece que la situación en América Latina no es tan crítica teniendo en cuenta que su tasa de prevalencia media era de 0,57 por cada mil habitantes antes del 2000 comparado con otras regiones con prevalencia media mucho más alta como el Caribe y África Subsahariana (Buena-Casal, Bermúdez, Sánchez y De los Santos-Roig, 2001). A su vez, García Abreu et al. (2004) indican una prevalencia de VIH/SIDA de 0,5% entre las personas entre 15 y 49 años de edad en América Latina.

Con relación a los mecanismos de transmisión del VIH, estos varían de una zona geográfica a otra. Así, en África Subsahariana y en América Latina la principal vía de transmisión es la sexual (homosexual, heterosexual y bisexual); la más frecuente en España y Argentina es la transmisión sanguínea (vía parenteral por consumo de drogas); y por último, la transmisión de madre a hijo es más frecuente en las

poblaciones del Africa Subsahariana (Bastos, Strathdee, Derrico y Pina, 1999; Bermúdez y Teva-Alvarez, 2003; Buela-Casal et al., 2001). Asia tiene niveles bajos de prevalencia de VIH/SIDA, sin embargo cuenta con una población muy elevada, lo que hace significativa la prevalencia. En China, la infección por el VIH/SIDA se da principalmente por consumo de drogas intravenosas y el mantener relaciones sexuales sin protección con las trabajadoras sexuales. En la India, la infección por VIH/SIDA es mucho mas variada que en China, ya que se presenta principalmente en trabajadoras sexuales (50% de prevalencia) y en mujeres embarazadas (1%), aunque actualmente abarca a toda la población menor de 25 años que tienen mayor número de conductas sexuales de riesgo. En el Japón, la infección por el VIH/SIDA se da entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y a su vez infectan a su pareja mujer (ONUSIDA, 2004).

La infección por el VIH/SIDA en Europa Oriental y Asia central varía en cada región. La Federación de Rusia y Ucrania han sido las regiones más afectadas, aunque la infección por el VIH/SIDA se encuentra en su etapa inicial, afectando principalmente a personas menores de 30 años que consumen drogas intravenosas y su principal medio de transmisión es la vía sexual (ONUSIDA, 2004). De igual forma, En la zona de Oceanía, Australia es el país en el cual ha aumentado progresivamente la infección por el VIH/SIDA por la transmisión homosexual y por el consumo de drogas. En Papua Nueva Guinea, la infección por el VIH se presenta principalmente entre mujeres trabajadoras sexuales y entre heterosexuales (ONUSIDA, 2004).

En el Oriente Medio y Africa del Norte, el país más afectado por el VIH es Sudán siendo su principal medio de transmisión las relaciones homosexuales y el consumo de drogas. A su vez, en Marruecos la principal vía de transmisión del VIH es heterosexual aunque actualmente se está incrementando entre homosexuales y consumidores de drogas. En Marruecos existe una dificultad para describir epidemiológicamente la infección por el VIH/SIDA ante la falta de información sobre los casos de personas diagnosticadas (ONUSIDA, 2004). Finalmente, en América del Norte, Europa Occidental y Central, la infección por el VIH/SIDA, se dio principalmente en hombres homosexuales y en los consumidores de drogas; sin embargo, como en otras regiones del mundo la infección se está expandiendo a la población heterosexual por el incremento de las conductas sexuales de riesgo. En Estados Unidos de América ha variado la infección por el VIH ya que está afectando a las personas afroamericanas y a las mujeres. De igual forma, en Europa occidental se ha

incrementado la infección por el VIH/SIDA entre heterosexuales. En Inglaterra la infección es un problema grave de salud, y en países como Portugal, Francia, Italia y Países Bajos el consumo de drogas es el principal mecanismo de transmisión del VIH (ONUSIDA, 2004).

A nivel mundial, el grupo de edad donde se presenta el mayor número de los casos de VIH/SIDA es el comprendido entre los 15 años y los 34 años. Este grupo de edad es relevante no solo por el aumento de casos de VIH/SIDA en la población adolescente, sino también por ser la etapa de la vida económicamente más productiva; por tanto, muchas de las campañas educativas y preventivas se han enfocado a esta población (García Abreu et al., 2004; ONUSIDA, 2003b). En cuanto a las diferencias por sexo, la infección por el VIH/SIDA ha predominado en la población masculina, sin embargo, se incrementan los casos en las mujeres representando casi el 50% de las infecciones de VIH/SIDA a nivel mundial (ONUSIDA, 2003b; 2004). A su vez, más de dos millones de personas que vivían en el 2004 con VIH/SIDA son menores de 15 años (ONUSIDA, 2004).

### 3.1.1. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Caribe y América Latina

El Caribe es el segundo lugar del mundo que presenta mayor número de casos de VIH/SIDA, con una prevalencia superior al 2%. Finalizando el 2004, el 3,1% de las mujeres y el 1,7% de los varones entre 15 y 24 años tenían el VIH, siendo mayor el riesgo para las mujeres por tener relaciones sexuales con personas de mayor edad, tener menor nivel educativo y económico; de igual forma, se establece que las regiones más afectadas del Caribe son las zonas más turísticas como por ejemplo Jamaica y República Dominicana. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, concretamente, entre personas heterosexuales. Sin embargo, en Puerto Rico el mayor porcentaje de infecciones por el VIH se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas intravenosas (ONUSIDA, 2004). Las diferentes intervenciones tanto educativas para la prevención de la infección por el VIH, como los controles a las mujeres embarazadas y el acceso a los tratamientos antirretrovirales en la región del Caribe han logrado disminuir el número de casos de VIH/SIDA en los últimos tres años, aunque no se tiene controlado del todo la infección por el VIH. Entre los países que conforman el Caribe se

dan diferencias en el acceso a los tratamientos y las intervenciones preventivas con base en sus condiciones socioeconómicas y políticas, como el caso de Cuba donde se tiene acceso gratuito al tratamiento antirretroviral para las personas diagnosticadas y la incidencia de casos de VIH no es tan alta como en otros países del Caribe (ONUSIDA, 2004).

En América Latina, la infección por el VIH afecta a casi dos millones de personas presentando diferencias entre los países; la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, seguida del consumo de drogas (ONUSIDA, 2003b). Otros estudios establecen que en Latinoamérica, la transmisión sexual del VIH se da predominante entre homosexuales, a excepción de la zona sur y de Brasil, cuya principal vía de transmisión es el consumo de drogas intravenosas (García Abreu et al., 2004; García Calleja et al., 2002). ONUSIDA (2004) estima que el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones entre 15 y 24 años eran diagnosticados de VIH/SIDA a finales del 2004 en Colombia. Brasil es el país latinoamericano con más casos de VIH/SIDA, siendo la infección por el VIH cada vez menos homogénea, ya que se ha extendido a diferentes poblaciones homosexuales y heterosexuales, al igual que a los consumidores de drogas inyectables. En Argentina, los casos de VIH/SIDA se concentran en la capital y se ha relacionado el riesgo frente a la infección por el VIH a las carencias económicas y educativas de algunos sectores de la población; de igual forma, entre los principales mecanismos de transmisión del VIH se encuentran el consumo de drogas inyectables y las relaciones sexuales sin protección entre homosexuales. En Uruguay, la principal forma de transmisión del VIH se presenta entre consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales (ONUSIDA, 2004). En otros países como Perú, Costa Rica y Venezuela se han incrementado el número de casos del VIH principalmente por transmisión homosexual. En Bolivia, la transmisión del VIH entre los trabajadores sexuales es alta porque el uso del preservativo no es frecuente en sus relaciones sexuales.

Las condiciones socioeconómicas de los países latinoamericanos que en muchas regiones son bastante bajas y la carencia de condiciones sanitarias adecuadas influyen tanto en el acceso a los análisis clínicos para el diagnóstico del VIH como para el inicio de los tratamientos antirretrovirales en la población en general (ONUSIDA, 2004). Una de las principales preocupaciones con relación a la infección por el VIH es la incidencia del VIH principalmente en las personas que están en edades productivas. Aunque la infección ha disminuido en grupos de alto riesgo como los hombres homosexuales y los

consumidores de drogas, se sigue orientando las estrategias de intervención hacia estas poblaciones (García Abreu et al., 2004); sin embargo, en el informe de ONUSIDA (2004) se plantea que la infección por el VIH se ha ampliado a la población en general, principalmente, a mujeres y adolescentes. Una de las dificultades en el control epidemiológico en América Latina es la deficiencia en los procesos de notificación de los casos de VIH/SIDA, al igual, que los problemas políticos, técnicos y sociales causados por las reformas en el sector de la salud, que no permiten el fortalecimiento de una estructura integrada de funcionamiento para el manejo adecuado de la infección por el VIH (García Abreu et al., 2004).

### 3.1.1.1. Datos epidemiológicos del VIH/SIDA en Colombia

Colombia es uno de los países donde no se cuenta con suficiente información epidemiológica sobre la infección por el VIH según el informe de la epidemia de SIDA del 2004 (ONUSIDA, 2004); por lo cual, es necesario realizar un análisis sobre aspectos epidemiológicos y las implicaciones para los programas de prevención de la infección por el VIH/SIDA. Diferentes autores consideran relevante la prevalencia media y la distribución de los casos de VIH/SIDA en las diferentes regiones de un país, para analizar la situación epidemiológica de la infección por el VIH/SIDA en la población. Buena-Casal et al. (2001) analizan la situación del VIH/SIDA en Latinoamérica y establecen los niveles de prevalencia del VIH/SIDA y los principales mecanismos de transmisión del VIH en cada uno de los países; situando a Colombia entre los países con prevalencia media de casos de VIH/SIDA y siendo el principal mecanismo de transmisión del VIH el sexual (hetero y homosexual). Con estos estudios se identifica la necesidad y la importancia de realizar un análisis epidemiológico del VIH/SIDA principalmente en los países Latinoamericanos en los cuales existen pocos estudios y en especial en Colombia.

En Colombia se diagnosticaron los primeros casos del VIH/SIDA hace 21 años. En los últimos estudios, Colombia se ha considerado como un país con infección concentrada, principalmente por el alto porcentaje de transmisión del VIH en un grupo de riesgo (p.ej. homosexuales) y una baja incidencia de transmisión vertical del VIH (García, 2003; Walker et al., 2001). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la incidencia de VIH/SIDA entre heterosexuales, principalmente por el poco uso del preservativo en las relaciones sexuales con la pareja estable, al igual que por tener

relaciones sexuales con varias personas sin el uso del preservativo, entre otras conductas de riesgo (Ali, Cleland y Shah, 2004). Es importante mencionar que desde 1997 hasta el 2003 se han reportado entre 1.500 y 2.000 defunciones anuales a causa del SIDA; sin embargo, en los años anteriores a 1997 no se encuentran registradas las defunciones por el SIDA (DANE, 2004a). De los casos diagnosticados de VIH/SIDA entre enero y junio del 2004, el 4% han fallecido (INSALUD, 2004). Según Buela-Casal et al. (2001) en el año 1998, la prevalencia media de casos VIH/SIDA en Colombia era de 0,20 por cada mil habitantes. Sin embargo, este valor ha cambiado, por lo cual es fundamental describir y analizar la infección por el VIH/SIDA en Colombia en función de diferentes variables como son las regiones geográficas del país, el sexo, la edad y el mecanismo de transmisión del VIH.

Como se observa en la Tabla 1, Colombia es un país con un nivel de prevalencia media de casos de VIH/SIDA de 0,94, ubicándolo en un nivel de prevalencia muy superior según la clasificación establecida por Bermúdez y Teva (2004b).



Tabla 1. Prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada mil habitantes en los Departamentos de Colombia entre 1983 y 2004 (Fuente: DANE, 2004b; INSALUD, 2005; ONUSIDA, 2003a).

Departamentos	Población estimada 2004 <sup>1</sup>	Nº. Casos <sup>2</sup>	Prevalencia media por cada 1.000 habitantes.
Amazonas	78.403	47	0,60
Antioquia	5.685.198	6.709	1,18
Arauca	273.136	104	0,38
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2.063.451	106	1,30
Atlántico	2.321.446	1.961	0,84
Bolívar	2.184.227	1.038	0,48
Boyacá	1.404.309	224	0,16
Caldas	1.159.779	393	0,34
Caquetá	455.508	144	0,32
Casanare	317.406	73	0,23
Cauca	1.344.487	137	0,10
Cesar	1.034.435	707	0,68
Chocó	413.905	31	0,07
Córdoba	1.381.851	523	0,38
Cundinamarca	9.335.463	11.312	1,21
Guainía	41.990	6	0,14
Guaviare	130.076	242	1,86
Huila	982.263	814	0,83
La Guajira	517.359	213	0,41
Magdalena	1.380.971	354	0,26
Meta	758.316	763	1,01
Norte de Santander	1.464.956	1.384	0,94
Nariño	1.747.711	336	0,19
Putumayo	369.357	168	0,45
Quindío	603.185	850	1,41
Risaralda	1.009.556	1.479	1,47
Santander	2.063.451	1.600	0,78
Sucre	854.948	225	0,26
Tolima	1.312.703	540	0,41
Valle del Cauca	4.460.850	10.155	2,28
Vaupés	32.510	5	0,15
Vichada	93.745	14	0,15
Total	45.294.953	42.657	0,94

<sup>1</sup> Población estimada 2004 (DANE, 2004b).

<sup>2</sup> Número de Casos VIH/SIDA en Colombia 1983-2004 (ONUSIDA, 2003a; INSALUD, 2005)

Nivel de Prevalencia Muy Superior	Valle del Cauca	2,28
	Guaviare	1,86
	Risaralda	1,47
	Quindío	1,41
	San Andrés y Providencia	1,30
	Cundinamarca	1,21
	Antioquia	1,18
	Meta	1,01
	Norte de Santander	0,94
	Atlántico	0,84
	Huila	0,83
	Santander	0,78
Nivel de Prevalencia Alta	Cesar	0,68
	Amazonas	0,60
	Bolívar	0,48
Nivel de Prevalencia Media	Putumayo	0,45
	Tolima	0,41
	Guajira	0,41
	Arauca	0,38
	Córdoba	0,38
	Caldas	0,34
	Caquetá	0,32
	Sucre	0,26
	Magdalena	0,26
	Casanare	0,23
	Nariño	0,19
	Boyacá	0,16
	Vichada	0,15
	Vaupés	0,15
	Guainía	0,14
Nivel de Prevalencia Baja	Cauca	0,09
	Chocó	0,07

Figura 1. Clasificación de los Departamentos de Colombia según la prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada 1.000 habitantes entre 1983 y 2004.

Como se muestra en la Figura 1, el 37,5% de los Departamentos de Colombia se encuentra en un nivel de prevalencia muy superior, un 9,4% en un nivel de prevalencia alto, un 46,8% en un nivel de prevalencia medio y un 6,3% con prevalencia baja. Los

Departamentos con mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA en Colombia son el Departamento del Valle del Cauca y el Departamento del Guaviare. La mayoría de los Departamentos de Colombia tienen una prevalencia del VIH/SIDA muy superior y media, lo cual es de alto riesgo para la mayoría de la población colombiana. Los Departamentos que presentan mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA son el Valle del Cauca (2,28) y el Guaviare (1,86). Es importante mencionar que aunque el Guaviare en años anteriores ha tenido un incremento de casos de VIH/SIDA, no era uno de los Departamentos de Colombia de mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA; sin embargo, el aumento de los aportes económicos en esta zona por parte del gobierno nacional permite acercarse a poblaciones mucho más alejadas geográficamente de la capital, incrementando el número de diagnósticos del VIH por el acceso gratuito a la prueba diagnóstica del VIH (Serna y Torres, 2003). En el 2004, los Departamentos de Cundinamarca y el Valle del Cauca representan el 56,32% de los casos nuevos de VIH/SIDA en Colombia. La prevalencia en ciertos Departamentos puede cambiar debido a fallos en el sistema de notificación de casos de VIH/SIDA en Colombia (Prieto, 2003). Por tanto, las diferencias encontradas en cada uno de los Departamentos de Colombia, sugieren tener un mayor control epidemiológico por medio del registro sistemático de casos de VIH/SIDA en todas las regiones y conocer con mayor profundidad las ideologías, las costumbres, los comportamientos de cada región ya que son fundamentales en la efectividad de los programas de prevención de la infección por el VIH (Netting y Burnett, 2004).

El análisis de la infección por el VIH/SIDA son fundamentales realizarlo en función del sexo y en función del mecanismo de transmisión del VIH, ya que permite dirigir las campañas preventivas y educativas. Como se observa en la Tabla 2, el 81,3% de los casos de VIH/SIDA corresponden a los varones, comparado con un 18% en las mujeres.

Tabla 2. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el sexo en Colombia entre 1983 y 2003. (Fuente: ONUSIDA, 2003a)

Sexo	Nº. de Casos	%
Mujeres	7.213	18
Varones	32.593	81,3
Sin datos	266	0,66
Total	40.072	100

Con relación a los mecanismos de transmisión del VIH, en Colombia el 60% de los casos de VIH/SIDA, han sido por transmisión sexual: el 30,82% por transmisión heterosexual, el 17,12% por transmisión homosexual y el 10,18% por transmisión bisexual (Véase Tabla 3). Es importante resaltar que en un 39,41% de los casos de VIH/SIDA no se tiene conocimiento del mecanismo de transmisión del VIH. Se presentan transmisiones del VIH por vía sanguínea siendo en el 0,47% de los casos de VIH/SIDA, en el cual predomina la transmisión del VIH por transfusiones (0,40%), y se dan pocos casos por transmisión parenteral (0,07%) (Véase Tabla 3).

Las campañas preventivas frente a la infección por el VIH se han orientado principalmente hacia la población homosexual, por lo cual la población heterosexual solo se cubre con el programa de prevención de la transmisión vertical y las campañas de prevención del VIH que se han realizado por publicidad en radio y televisión. Aunque la transmisión vertical reporte el 1,86% de los casos de VIH/SIDA en Colombia, se ha logrado, con el inicio de la medicación antirretroviral en mujeres embarazadas diagnosticadas de VIH/SIDA, disminuir la probabilidad de transmisión vertical (García, 2003). Por tanto, es importante mencionar que el inicio del tratamiento antirretroviral a menor tiempo de embarazo ha contribuido a que la infección del VIH de madre a hijo solo se de en el 30% de los casos de VIH/SIDA (Boerman y Whitworth, 1998; Vidal et al., 2001).

Tabla 3. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el mecanismo de transmisión en Colombia entre 1983 y 2003. (Fuente: ONUSIDA, 2003a).

<b>Mecanismo de transmission</b>	<b>N°. de Casos</b>	<b>%</b>
Sexual-Homosexual	6.864	17,12
Sexual-Heterosexual	12.352	30,82
Sexual-Bisexual	4.078	10,18
Vertical (Madre a Hijo)	747	1,86
Sanguínea-Transfusiones	162	0,40
Sanguínea-UDI	28	0,07
Accidente de trabajo	17	0,04
Desconocido	15.794	39,41
Otros	30	0,07
<b>Total</b>	<b>40.072</b>	<b>100</b>

En función de la edad, el mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA se presenta en personas entre los 25 y los 34 años (36,71%), seguido del grupo de edad entre los 35 y

44 años (22,31%). De igual forma, el porcentaje de infección por el VIH en personas entre los 15 y los 24 años es de 16,16% (Véase Tabla 4). En la actualidad, la población colombiana de mayor riesgo frente al VIH/SIDA es la comprendida entre los 15 y los 44 años, ya que el 75,12% de los casos de VIH/SIDA están en este rango de edad. En el primer semestre del 2004, el 78,7% de los casos nuevos de VIH/SIDA se da entre los 15 y los 44 años de edad, manteniéndose esta edad como de mayor número de casos de VIH/SIDA registrados. En esta etapa se encuentran los adolescentes que inician sus relaciones sexuales a temprana edad sin el conocimiento suficiente sobre los mecanismos de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las formas de prevención en algunas de ellas (García, 2003). Por tanto, la adolescencia y la edad adulta temprana son las etapas de la vida en las cuales se dan la mayoría de las infecciones por el VIH, aunque sean diagnosticadas años más tarde (Bermúdez y Teva-Alvarez, 2003).

Tabla 4. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia entre 1983 y 2003 (Fuente: ONUSIDA, 2003a).

<b>Grupos de edad</b>	<b>Nº de Casos</b>	<b>%</b>
De 0 a 4 años	1.266	3,16
De 5 a 14 años	282	0,70
De 15 a 24 años	6.475	16,16
De 25 a 34 años	14.709	36,71
De 35 a 44 años	8.940	22,31
De 45 a 59 años	3.774	9,42
De 60 a más años	680	1,7
Edad Desconocida	3.946	9,85
Total	40.072	100

En el primer semestre del 2004 se diagnosticaron 1.512 casos de VIH/SIDA entre los diferentes Departamentos de Colombia; y en función de la edad se distribuyen en mayor proporción entre los 15 y los 44 años, representando un 78,7% de los casos de VIH/SIDA, seguido de un 15,74% en las edades comprendidas entre los 45 y 64 años (Véase Tabla 5). No se obtuvo información sobre la distribución de los casos de VIH/SIDA en el primer semestre del 2004 según el mecanismo de transmisión del VIH, ya que la entidad responsable no tiene clasificada la información en función del mecanismo de transmisión. Adicionalmente, los datos sobre VIH/SIDA del segundo semestre del 2004 no están clasificados en función del sexo, la edad y el mecanismo de transmisión.

Tabla 5. Porcentaje de distribución de los casos nuevos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia. Primer semestre 2004. (Fuente: INSALUD, 2004).

Grupos de edad	Nº de Casos	%
Menores de 1 año	23	1,52
De 1 a 4 años	14	0,92
De 5 a 14 años	25	1,65
De 15 a 44 años	1.190	78,70
De 45 a 64 años	238	15,74
De 65 a más años	18	1,19
Edad Desconocida	4	0,26
Total	1.512	100

Según, en el informe de *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2003) en Colombia desde 1983 hasta el 2001, existen aproximadamente 836 adolescentes entre 10 y 19 años viviendo con VIH/SIDA y los 8.419 jóvenes entre los 20 y 29 años que también viven con el virus. Por tanto, a nivel mundial desde 1999, el principal énfasis de la prevención frente al VIH se orienta hacia la población adolescente (ONUSIDA, 2003b; Schwartländer et al., 2001); de igual forma, es una de las principales líneas de acción en Colombia aunque no se ha logrado un abordaje total y efectivo de los adolescentes sobre todo en adolescentes no escolarizados (ONUSIDA y Ministerio de Protección Social, 2004). A pesar de que las campañas educativas se realizan tanto en las entidades públicas como privadas, no se ha logrado una cobertura total de la población adolescente y mucho menos tener una medición sistemática del efecto de las estrategias preventivas del VIH sobre las conductas de los adolescentes. Según el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA 2004-2007, el principal énfasis en los próximos tres años se hará en la prevención de la infección por el VIH en la población adolescente y las mujeres embarazadas, vinculando a los sectores gubernamentales y no gubernamentales del país (ONUSIDA y Ministerio de Protección Social, 2004).

El incremento de los casos de VIH/SIDA en cualquier población tiene implicaciones legales, económicas, sociales y psicológicas. La cobertura de los tratamientos antirretrovirales para el VIH/SIDA es una de las principales preocupaciones de los organismos gubernamentales de cada país, teniendo en cuenta que solo el 7% de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en países subdesarrollados tiene acceso a los tratamientos (García Abreu et al., 2004; ONUSIDA, 2004a). Aunque no todos los países en América Latina cuentan con legislación específica para el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA, Colombia es uno de los

países Latinoamericanos que cuenta con la legislación (Decreto 1543, 1997) y con el establecimiento de la cobertura gratuita de los tratamientos antirretrovirales para las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Chequer, Cuchí, Mazin y García Calleja, 2002). Sin embargo, se presentan muchas dificultades para el acceso a los tratamientos antirretrovirales, no solo por el desconocimiento de los derechos por parte de las personas diagnosticadas de VIH sino también por las trabas administrativas en las instituciones de salud para prescribir el tratamiento antirretroviral.

Otros autores como Opuni et al. (2002), al estimar los recursos necesarios para lograr una cobertura de la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe para el 2005, establecen que el 51% del presupuesto para el VIH/SIDA se invertiría en los tratamientos antirretrovirales y solo un 5% estaría invertido en los adolescentes. Teniendo en cuenta estas estimaciones, es fundamental continuar con las diferentes estrategias de prevención del VIH para contribuir a la reducción de la incidencia de casos por el VIH/SIDA, ya que no se cuenta con los recursos necesarios para una cobertura integral de la situación. Por otra parte, el aumento de los casos de VIH en personas heterosexuales afecta la estructura familiar al perder en muchas ocasiones a alguno de los miembros de la familia, generando dificultades en el cuidado de los hijos o del cónyuge y la orfandad (Schwartländer et al., 2001). Por lo tanto, las personas diagnosticadas por el VIH/SIDA son un grupo poblacional importante para las intervenciones con relación al VIH.

Las implicaciones psicológicas de la infección por el VIH/SIDA son otra dificultad importante, principalmente, en las personas diagnosticadas de VIH/SIDA; ya que desde el momento del diagnóstico, están afrontando permanentemente la enfermedad, las enfermedades oportunistas y las consecuencias a nivel psicopatológico como la depresión y la ansiedad (Vera- Villarroel, Pérez, Moreno y Allende, 2004). En la medida en que las personas diagnosticadas de VIH/SIDA se concienten de su situación y su participación en la generación de los nuevos casos de VIH, se tendría otra fuente de control de la epidemia. A su vez, al ser más rigurosa la notificación del mecanismo de transmisión del VIH, también se podría obtener información más fiable del comportamiento de las personas diagnosticadas y así reorientar las intervenciones preventivas frente al VIH/SIDA (Pisani et al., 2003).

El incremento del número de casos de VIH/SIDA en Colombia hace necesario el desarrollo e implementación de estrategias integrales de prevención e intervención, centrándose principalmente en la transmisión del VIH a nivel sexual y vertical (García,

2003; Garcia Abreu et al., 2004; Míguez-Burbano et al., 2001). Sin embargo, en función de los resultados obtenidos es fundamental la reorientación de las políticas de prevención de la infección por el VIH teniendo en cuenta el incremento de los casos en las personas heterosexuales. Adicionalmente, Cáceres (2002) subraya la importancia de diseñar una intervención acorde con las características socioculturales de los homosexuales; no solo porque han sido el grupo poblacional más afectado sino también por su trabajo activo en los procesos de prevención del VIH y defensa de los derechos humanos de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA. En síntesis, no solo se deben focalizar las estrategias preventivas del VIH en poblaciones de alto riesgo sino que también se deben incluir estrategias orientadas a la población general enfatizando a su vez en la prevención del consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo.

La prevención de la transmisión vertical del VIH, es uno de los objetivos de mayor inversión y trabajo multidisciplinar. El incremento de los casos de VIH en las mujeres que reportan casi el 20% de la infección por el VIH, exige un cambio en las estrategias de educación y prevención del VIH, teniendo en cuenta las conductas de riesgo asumidas, principalmente con la pareja estable. A su vez, se ha identificado una relación entre las ETS y la infección por el VIH/SIDA en mujeres colombianas y su bajo uso del preservativo en las relaciones sexuales (Míguez-Burbano et al., 2002). Una de las estrategias de prevención es educar a la población sobre la combinación de métodos anticonceptivos y métodos que protejan de la infección por el VIH, como es el caso del preservativo (Ali et al., 2004). Sin embargo, como lo plantean Míguez-Burbano et al. (2002) ésto implica mayor claridad en los conceptos sobre los métodos anticonceptivos y el inicio de un trabajo interdisciplinario con los ginecólogos, que son los que más se relacionan con las problemáticas sexuales de las mujeres.

Aunque el consumo de drogas no se había establecido como una forma de transmisión del VIH frecuente en algunos países de América Latina como es el caso de Colombia; en los últimos años, en Colombia se han incrementado el número de casos de VIH/SIDA por consumo de drogas intravenosas, principalmente relacionado con los intercambios con turistas extranjeros (Magis Rodríguez, Marques y Touzé, 2002). Con base en los datos aportados por ONUSIDA (2003a) la transmisión del VIH por consumo de drogas no es alto, aunque como lo plantean Garcia Abreu et al. (2004) se deben continuar con los controles sobre el consumo de drogas por su relación con el VIH. Otros autores como Ramisetty-Mikler, Caetano, Goebert y Nishimura (2004) enfatizan en la relación entre conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas, lo cual puede



ser un foco de intervención preventiva en la población colombiana teniendo en cuenta que actualmente no se presentan muchos casos de transmisión del VIH por consumo de drogas y se pueden realizar campañas informativas y educativas sobre la relación del VIH y las drogas, y su prevención.

Colombia es uno de los países de América Latina considerado dentro del grupo con poca calidad en el registro epidemiológico del VIH/SIDA (García Abreu et al., 2004; Walker et al., 2001); es fundamental tener presente que en el 39,4% de los casos diagnosticados de VIH/SIDA en Colombia hasta el 2003 no se conoce el mecanismo de transmisión del VIH por fallos en el sistema de registro epidemiológico. En consecuencia, actualmente se asigna mayor presupuesto al control epidemiológico y a la mejora del sistema de registro de los casos de VIH con las entidades responsables a nivel nacional. Esta ha sido una de las principales dificultades para tener datos más fiables y disminuir los subregistros de la infección por el VIH/SIDA (Prieto, 2003). Se están realizando esfuerzos para vincular a los laboratorios clínicos en los informes epidemiológicos y brindarles capacitación técnica, teniendo en cuenta las inconsistencias encontradas en los casos sobre el VIH/SIDA (Aguirre, Buitrago, Salamanca, López y Prieto, 2004; García, 2003).

Finalmente, se deben generar estrategias de prevención del VIH mucho más efectivas y que se diferencien no solo por mecanismo de transmisión del VIH sino también teniendo en cuenta el sexo, la edad y las regiones geográficas, según las diferencias en prevalencia y las proporciones de los casos de VIH/SIDA en cada una de las regiones de Colombia. De igual forma, se deben continuar los controles epidemiológicos con informes sistemáticos, y con mayor cobertura para tener una caracterización de la infección por el VIH mucho más consistente entre las diferentes entidades responsables. La población adolescente se convierte en el centro de atención para la prevención de la infección por el VIH y para la atención integral en los adolescentes diagnosticados de VIH/SIDA.



## **Capítulo 4. LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una de las etapas evolutivas sobre la cual se han generado diferentes planteamientos teóricos y metodológicos. Existen unos planteamientos básicos sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta el adolescente, a pesar de la existencia de diferencias en las características de los adolescentes según la identidad cultural y los aspectos sociodemográficos (Maddaleno et al., 2003). Por tanto, se ha considerado importante incluir en este capítulo se incluyen las principales características biopsicosociales de los adolescentes y la importancia de la relación de esta etapa de vida con la infección por el VIH, enfatizando en los factores psicosociales facilitadores de la infección por el VIH.

### **4.1 Características biopsicosociales del adolescente**

La adolescencia es una etapa de desarrollo posterior a la pubertad y anterior a la adultez, que implica cambios físicos y psicológicos que influyen en el comportamiento del adolescente (Gutiérrez, 2003). Entre los principales cambios en la adolescencia se identifican los cambios físicos, los cambios sexuales y los cambios emocionales que se orientan hacia la búsqueda de la identidad (Moscoso-Alvarez, Rosario y Rodríguez, 2001). Los cambios físicos son los cambios más notorios y rápidos, que en muchas ocasiones generan incomodidad y disconformidad en los adolescentes. Principalmente, por la aparición de las características sexuales secundarias y el desarrollo de los órganos sexuales por la activación hormonal (Theron, Roodin y Gorman, 1998). Estos cambios generan alteraciones en el aspecto físico del individuo, mejora la capacidad atlética por el desarrollo de músculos y el esqueleto, e inicia la diferenciación sexual según el sexo (Carretero, 1984). De igual forma, en la etapa de la pubertad ya se ha desarrollado el cuerpo para la reproducción sexual; la menarquia cada vez se da a edades más tempranas y podría ser una de las posibles razones por las cuales se presentan los embarazos precoces, teniendo en cuenta que el adolescente no cuenta con las habilidades suficientes para generar estrategias de autocuidado y autoprotección (Carretero, 1984). El proceso de maduración que implica tanto los cambios físicos como sociales y de autoconocimiento, facilita el desarrollo del autoconcepto, de la identidad

sexual, de la imagen corporal, del desarrollo de habilidades y de la autoevaluación permanente (Theron et al., 1998).

Adicionalmente, a estos cambios físicos se dan cambios psicológicos, entre los que se encuentra el deseo de vivir nuevas experiencias, el inicio de las relaciones sociales entre pares, el proceso de autoconocimiento y la definición de la personalidad, entre otros. En la adolescencia se dan las primeras experiencias sexuales que exponen al adolescente a nuevas interacciones con el sexo opuesto o del mismo sexo, y a riesgos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (Merchan-Hamann, Ekstrand, Hudes y Hearst, 2002). Las principales problemáticas psicológicas en los adolescentes son los síntomas depresivos y las conductas suicidas (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003); lo cual debe ser tenido en consideración ya que la presencia de trastornos psicológicos aumentan la probabilidad de la emisión de conductas de riesgo para la infección por el VIH (Paniagua, 1998).

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta el adolescente hace que se den conflictos individuales y de interacción por el proceso de adaptación; a su vez, recibe presiones, tiene ciertas limitaciones y no cuenta con las habilidades suficientes para afrontarlo (Goñi Grandmontagne, 2000; Moreno, vacas y Roa, 2000). En la actualidad, la adolescencia cada vez se extiende más por lo que el adolescente continúa dependiendo económicamente de su familia, ya sea porque está estudiando o porque no encuentra un trabajo (Castillo Ceballos, 1999; Jiménez Leal, 2003; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). De igual forma, los cambios sociales han influido en los procesos de adaptación del adolescente a su entorno, no solo por las diferentes estructuras familiares existentes sino también por la diferencia en la escala de valores entre generaciones (Moreno et al., 2001).

Por otro lado, se han identificado diferentes características del adolescente como por ejemplo que es conflictivo, asocial y que rechaza a la familia. Sin embargo, se establece, que en la adolescencia se presentan pocos problemas y que son los medios de comunicación los que maximizan las problemáticas de los adolescentes (Bandura, 1964; Santrock, 2003). Obviamente, la adolescencia como cualquier otra etapa de desarrollo tiene sus dificultades y sus procesos de adaptación; es una etapa de mucha labilidad emocional sustentada en los cambios electrofísicos, de deseo de independencia, de sentir que controlan todo aunque no cuenten con las habilidades necesarias para ello y de necesidad de redes de apoyo (UNICEF, 2002). De igual forma, se dan conflictos individuales como la falta de predicción e inconformidad en muchos aspectos de la

vida; por lo cual, el adolescente busca el sentido a su vida, inicia sus vinculaciones sociales y a su vez, trata de establecer ciertos criterios similares o preferiblemente diferentes a los de su familia. Adicionalmente, los adolescentes son idealistas y no logran diferenciar lo interno de lo externo por la falta de conexión entre lo afectivo y lo cognitivo (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2005).

Otro aspecto relevante en los cambios de los adolescentes son las actitudes frente a la sexualidad, teniendo en cuenta que son un poco más permisivos, con menos mitos en las relaciones sexuales, incluyendo y asumiendo las relaciones prematrimoniales, la masturbación, la orientación sexual con más información y con una actitud más favorable (Cortés Alfaro, García Roche, Monterrey Gutiérrez, Fuentes Abreu y Pérez Sosa, 2000; Theron et al., 1998). Sin embargo, los adolescentes tienen múltiples confusiones e inquietudes sobre su sexualidad, teniendo en cuenta que inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad y que el sexo se considera un tabú entre algunos adolescentes por lo que se reciben informaciones erróneas e incompletas (Martín Carrasco y Martín López, 1997; Theron et al., 1998). A su vez, el principal interés de los adolescentes es la prevención del embarazo con el uso de los métodos anticonceptivos como las píldoras anticonceptivas y el preservativo; y a esto se suma el cambio frecuente de pareja, a lo que se denomina monogamia serial (Bayés, 1995; Santrock, 2003). El inicio de las relaciones sexuales puede ser temprano o tardío; las relaciones tempranas se dan entre los 13 y los 16 años donde prima la amistad y cierta intimidad sexual; y en las relaciones tardías, entre los 17 y 25 años, se dan relaciones íntimas a más largo plazo con un criterio de selección de la pareja para establecer un vínculo afectivo y sexual (Theron et al., 1998). Por tanto, se puede establecer que al iniciar las relaciones sexuales más tarde, el adolescente tiene más habilidades en la toma de decisiones y posiblemente en las estrategias de autocuidado. Este descubrir sexual ha generado en muchos adolescentes problemáticas relacionadas principalmente con los embarazos precoces, el asumir riesgos en sus relaciones sexuales como las infecciones de transmisión sexual y últimamente, el incremento de casos de adolescentes diagnosticados de VIH/SIDA (UNICEF, 2002).

En relación a los cambios sociales, los adolescentes han sido influenciados por las creencias, las ideas y las costumbres de su entorno y, posiblemente han asumido las diferencias de roles en función del sexo, lo cual influye en sus comportamientos (Faur, 2003). De igual forma, las relaciones sociales se incrementan, se inicia el deseo de vincularse a un grupo determinado y desean ampliar su grupo de interacción. Esta

vinculación exige por parte del adolescente una serie de habilidades de interacción para lograr una adaptación a su nuevo espacio social. Las principales relaciones de los adolescentes se centran en los amigos y los padres, siendo a su vez, las principales fuentes de información sobre la sexualidad; este aspecto puede influir negativamente si no se cuenta con la información y las habilidades necesarias para la trasmisión de los conocimientos sobre la sexualidad (Gayet, Rosas, Magis y Uribe, 2002). En algunas ocasiones estas interacciones pueden no ser beneficiosas generando conductas antisociales y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, donde predomina el consumo de drogas legales como el cigarrillo y el alcohol, y otras drogas ilegales como el éxtasis, la cocaína, la heroína, etc. (UNICEF, 2002).

Las principales razones por las cuales los adolescentes consumen drogas son por curiosidad o por el deseo de experimentar, por la evasión de la realidad, por trastornos de la personalidad o por pertenecer y estar influidos por un grupo de amigos que consuman drogas (Theron et al., 1998). Las conductas de oposición, la rebeldía y la conducta agresiva son otras de las problemáticas de algunos adolescentes que en muchas ocasiones generan problemas delictivos siendo estos más frecuentes entre los varones, aunque se ha incrementado en las mujeres (Theron et al., 1998). Diferentes investigaciones han relacionado el consumo de drogas y la delincuencia, a su vez, que lo asocian con las condiciones socioeconómicas bajas y los problemas familiares (Theron et al., 1998; ONUSIDA, 2004).

En los últimos años se han incrementado las problemáticas psicológicas en los adolescentes principalmente relacionadas con la depresión, el intento de suicidio, la conducta antisocial, los problemas de adaptación y socialización; estas problemáticas también se han identificado como factores de riesgo frente a la infección por el VIH (Kalichman, 1998). En un estudio epidemiológico sobre salud mental se identificaron los trastornos de conducta (26,5%) y los trastornos de ansiedad (16,9%), como los trastornos más frecuentes en los adolescentes y en las adolescentes respectivamente (Gutiérrez, Navarro y Herrero, 2003). Adicionalmente, los adolescentes tienen una visión negativa hacia el futuro, un bajo rendimiento escolar y poca expectativa laboral afectando la identidad del mismo (Santrock, 2003; Takanishi, 1993).

ONUSIDA (1999) plantea que los adolescentes son uno de los grupos de mayor riesgo frente a la infección por el VIH, teniendo en cuenta que es una etapa de la vida donde se empiezan las exploraciones a nivel sexual exponiéndose a diferentes riesgos por la curiosidad que tienen. Otros factor que contribuye al riesgo de la infección por el

VIH es el consumo de sustancias psicoactivas, el cambio frecuente de pareja y el inicio de las relaciones sexuales a menor edad (Cortés Alfaro et al., 2000). En Colombia, la adolescencia se establece entre los 12 años y los 18 años y representa aproximadamente el 21,5% de la población colombiana, por lo cual es fundamental conocer los principales factores de riesgo frente a la infección por el VIH en la población adolescente (ONUSIDA, 1999); siendo este un objetivo inicial para el desarrollo de programas preventivos efectivos acorde a las características y necesidades de la población, teniendo en cuenta las actitudes, los valores y los hábitos que se consolidan en la adolescencia y la preadolescencia; por lo tanto, la adolescencia es una etapa clave en la generación de programas educativos y preventivos (Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal, 2000c).

#### **4.2 La adolescencia como etapa de riesgo para la infección por el VIH**

Los adolescentes cada día representan un porcentaje más alto en la población mundial; por lo cual, se están orientando diferentes estrategias preventivas hacia esta población teniendo en cuenta que se ha considerado a los adolescentes como un grupo poblacional de alto riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH (Cortés Alfaro et al., 2002). Todos los días 7.000 adolescentes de todo el mundo contraen el VIH, lo cual significa que se producen aproximadamente 2,6 millones de nuevas infecciones anuales en los adolescentes, entre las que figuran 1,7 millones en África y 700.000 en Asia y el Pacífico. El 85% de los adolescentes del mundo viven en los países en desarrollo, y esos son precisamente los países donde se concentran más de las nueve décimas partes de la epidemia por el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2001). Con base en las estadísticas y el número significativo de población joven hay que tener presente los factores que incrementan el riesgo frente a la infección por el VIH en esta población, sin decir, que son un grupo de riesgo, sino que forman parte de las personas que asumen mayor número de comportamientos de riesgo por las características asociadas a la edad como los sentimientos incipientes y la exploración de nuevos comportamientos y relaciones sociales y sexuales (Espada Sánchez, Quiles y Méndez Carrillo, 2003; Uribe Rodríguez, 1999).

De igual forma, en la adolescencia se da el mayor número de infecciones por el VIH y se manifiesta la infección entre 10 y 15 años posteriores a la infección por el VIH

sin tratamiento antirretroviral (Cortés Alfaro et al., 2000; Liverpool, McGhee, Lollis, Beckford y Levine, 2002; Moscoso-Alvarez et al., 2001; ONUSIDA, 2004). Adicionalmente, la adolescencia ha sido asociada con problemáticas que incrementan la vulnerabilidad de esta población frente a la infección por el VIH como son el inicio de las relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas (Perrin, Simms, Dubowitz y Szilagyi, 2000). De hecho, en diferentes investigaciones mencionan que el consumo de drogas se inicia en la adolescencia y la adultez temprana (Haro Cortes et al., 2002; Merchan-Hamann et al., 2002; ONUSIDA, 1999; Wu, Zhang, Detels et al., 1996).

En los últimos años el consumo de drogas en la adolescencia es cada vez mayor, no solo por los cambios culturales sino también por las facilidades que tienen los adolescentes para acceder a las drogas por los bajos costos de algunas (Becoña Iglesias, 2000). Las principales drogas que consumen los adolescentes son las legales como el alcohol y el tabaco, y las drogas ilegales como los alucinógenos, la cocaína, el éxtasis, etc., las cuales son cada vez más consumidas por los adolescentes; el consumo de drogas afecta a las conductas de autoprotección al limitar la capacidad de control y decisión del adolescente por el efecto de las drogas, lo que provoca una disminución o no uso del preservativo (Toledo Vila, Navas Pinzón, Navas Pinzón y Pérez Manrique, 2002). En la misma línea, se establece que el consumo de sustancias psicoactivas genera trastornos psicológicos como la depresión, los trastornos de conducta, las conductas antisociales, entre otras que están relacionados con el aumento en el riesgo para la infección por el VIH (Haro Cortes et al., 2002).

Otra característica fundamental de los adolescentes es que tienen más en cuenta los riesgos inmediatos que los de largo plazo, ante lo cual no dimensionan la infección por el VIH como de graves consecuencias al no lograr ver las consecuencias inmediatas (Moscoso-Alvarez et al., 2001). De igual forma, los adolescentes sobreestiman su invulnerabilidad hacia la infección por el VIH y no perciben las implicaciones físicas, psicológicas y sociales de la infección por el VIH (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995; Reed, Edwards y Naughton, 1992; UNAIDS, 2002); por tanto, estas características de los adolescentes se convierten en factores de riesgo frente al consumo de drogas, a las relaciones sexuales sin protección, y por tanto, a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH. De León, Pelcastre y Rojas (1999) plantean que la “alta percepción de inmunidad autoadjudicada en los adolescentes” se debe incluir para el diseño de programas preventivos frente a la infección por el VIH en la población



adolescente; ya que es un factor de sesgo o anulación sobre la información que se recibe en las actividades educativas. Por tanto, este aspecto justificaría la baja percepción de riesgo que tienen los adolescentes frente a la infección por el VIH y frente a la emisión de conductas de riesgo sin ser conscientes de ello y subvalorando las consecuencias, a lo que se denomina también “invulnerabilidad percibida” (Becoña Iglesias, 2000). Ante la vulnerabilidad frente a la infección por el VIH identificada en los adolescentes, es fundamental que los diferentes profesionales de la salud y la educación generen e implementen estrategias preventivas frente a la infección por el VIH acorde a las características de los adolescentes (Jiménez Leal, 2003; Reed et al., 1992; Santrock, 2003).

Por otro lado, no existen servicios suficientes de atención integral disponibles para los adolescentes según sus necesidades, ya sea por la carencia de asignación de recursos económicos, por el desconocimiento de sus necesidades o por la falta de capacitación de algunos profesionales de la salud con relación a este ciclo de vida (ONUSIDA, 2004). De igual forma, los ejecutores de los programas dirigidos a los adolescentes no reconocen a menudo la actividad sexual temprana en los adolescentes, teniendo en cuenta que las relaciones sexuales no son planificadas, y a veces tienen lugar bajo coacción, incrementando así las probabilidades de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ONUSIDA, 2001). Por tanto, las intervenciones deben hacer referencia a las relaciones sexuales, al consumo de drogas, y a los comportamientos desafiantes de los adolescentes como factores de riesgo frente a la infección por el VIH con el fin de garantizar una intervención integral (Craig et al., 2000).

Otro aspecto que influye en los comportamientos de riesgo de los adolescentes es el grupo de referencia. Vega Fuente y Lacoste Marín (1995) plantean que el formar parte de un grupo de adolescentes que consumen alcohol genera una actitud más permisiva frente a la sexualidad, tienen mayor nivel de actividad sexual, menor satisfacción escolar y más conflictos familiares. Paralelo a esto, los adolescentes están en un dilema constante entre el pensamiento de sus pares y el de la población adulta, lo cual los lleva a una dicotomía en la toma de decisiones ya que está en la construcción de sus propios criterios (ONUSIDA, 1997). En un estudio realizado por Ubillos y Mayordomo (2003) con 2.935 personas encontraron que las falsas creencias relacionadas con la utilización del preservativo y las formas de transmisión del VIH están muy difundidas entre la población adolescente y que esto ha sido transmitido por redes

sociales informales, de ahí la importancia de incluir variables como habilidades sociales y su relación con los conocimientos sobre la infección por el VIH.

Martínez García y López Martínez (1997) han generado una agrupación de factores de riesgo y, a su vez identifican el porcentaje de adolescentes que se encuentran en esos grupos. Los autores establecen tres grupos: el grupo de bajo riesgo, el grupo de no violentos-alto riesgo y el grupo de violentos consumidores de riesgo. En el grupo de bajo riesgo se encuentra el 75% de la población adolescente estudiada y se caracterizan porque no consumen drogas (legales e ilegales), no tienen conductas sexuales de riesgo (no han iniciado su vida sexual o en todas sus relaciones sexuales utilizan el preservativo), no son de clase social baja y su nivel de estudios es medio y alto; de igual forma, tienen una red de apoyo social estable y no tienen problemas de adaptación a los diferentes entornos. El grupo de no violentos-alto riesgo, que corresponde al 7,7% de la población estudiada consume drogas ilegales, sus conductas sexuales son de alto riesgo por la elevada promiscuidad, son de clase social baja; a su vez, perciben menor apoyo social, manifiestan insatisfacción en los aspectos educativos, laborales y tienen menor resistencia a la formación. Finalmente, el grupo de violentos-consumidores de riesgo que corresponde al 16,6% de la población estudiada, no consumen drogas ilegales pero sí alcohol los fines de semana, sus conductas sexuales son protegidas con el uso del preservativo; adicionalmente, estos adolescentes manifiestan como su principal dificultad la familiar, aunque su red de apoyo fundamental es su grupo de pares, se manifiestan muy insatisfechos en las diferentes áreas de sus vidas y desean buscar emociones más excitantes.

Como consecuencias de lo expuesto se concluye que es importante realizar campañas preventivas en las cuales se incluya el consumo de drogas como una conducta de riesgo frente a la infección por el VIH y se establezca la relación entre las drogas tanto legales como ilegales y la posibilidad de la infección por el VIH (Wu, Detels, Zhang, Li y Li, 2002). En la misma línea, se establece una relación entre las drogas y la sexualidad (Merchan-Hamann et al., 2002; Wills, 2001). Ante lo cual es fundamental una desmitificación de la misma y abordarla con pedagogías adecuadas para la edad y la población específica a la cual va dirigida.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los jóvenes de los países en desarrollo no tienen su atención centrada en el riesgo de la infección por el VIH sino en subsistir o cubrir las necesidades básicas (Swart-Kruger y Richter, 1997); este es el caso de los adolescentes que viven en las calles que tienen más riesgo que aquellos que están

en sus casas, presentándose en esta población un 2% de incidencia de VIH/SIDA (Liverpool et al., 2002). De igual forma, en el *Comité on Pediatric Aids* (1999) se establece la importancia de que el adolescente que es diagnosticado de VIH/SIDA tenga conocimiento sobre su diagnóstico; con el fin de generar mayor conciencia de su situación y que se asuman conductas de autocuidado para no contribuir al incremento de la infección por el VIH. Por tanto, los programas preventivos deben contemplar las condiciones sociales y económicas desfavorecidas como factores de riesgo, y a su vez como factores que pueden influir en la efectividad de los programas si no son tenidos en cuenta. Los adolescentes son una población focal en las intervenciones de prevención primaria, teniendo en cuenta sus características biopsicosociales que pueden potencializarse para beneficio de su salud sexual y reproductiva (Uribe Rodríguez, 2004c).



## **Capítulo 5. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL VIH**

En las investigaciones sobre la infección por el VIH y el Sida se han analizado los aspectos biopsicosociales, políticos y económicos con el objetivo de comprender las causas, la evolución, el control y la prevención de la infección por el VIH/SIDA (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Cada disciplina científica, desde su competencia, ha tratado de aportar sus conocimientos y descubrimientos para la disminución y el control de la infección por el VIH. Sin embargo, el número de casos de personas diagnosticadas del VIH siguen aumentando a pesar de las diferentes campañas preventivas y educativas que se han llevado a cabo. Simultáneamente, a medida que aumentan los conocimientos sobre las diferentes vías de transmisión, sobre el funcionamiento celular del VIH y sobre las formas de tratamiento, se va tomando más conciencia de que la infección por el VIH es una situación social que vincula a las diferentes disciplinas de la salud (Toro-Alfonso, 2001).

Se considera que la Psicología tiene un papel fundamental en los procesos de diagnóstico, atención y prevención de la infección por el VIH en relación a los factores psicosociales; los cuales son determinantes en la infección por el VIH, no solo por el estudio de la conducta de los seres humanos sino también por cuestiones relacionadas con la modificación de conducta (Bayés, 1995; González Ortiz, 1995; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993). Por tanto, la emisión de comportamientos de riesgo y de protección frente a la infección por el VIH está influenciada por factores cognitivos, psicosociales y ambientales del individuo y se deben incluir en los diferentes estudios realizados (D'Angelo y DiClemente, 1996).

El Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia (2000) definen factores de riesgo para la infección por el VIH como “aquellas características del individuo o su entorno que hacen que éste sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados con el comportamiento, los perinatales y los biológicos” (p.11). A su vez, establecen como factores de riesgo para la infección por el VIH, las condiciones socioeconómicas bajas, el contacto sexual sin protección, las enfermedades de transmisión sexual y el consumo de sustancias psicoactivas. Entre los factores psicosociales más estudiados que

predisponen para la infección por el VIH, se encuentran el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH, el consumo de drogas, y el poco uso y/o el uso inadecuado de preservativo. De igual forma, en las investigaciones, se han correlacionado los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, las condiciones socioeconómicas (como la pobreza y la inequidad en la distribución de bienes materiales) con la infección por el VIH. Sin embargo, en los últimos años se han realizado investigaciones donde se mencionan otros factores de riesgo frente a la infección por el VIH como los trastornos psicológicos, entre los que se destacan la impulsividad, los trastornos obsesivos compulsivos, las conductas delictivas y el haber sido víctima de abuso sexual, entre otras (Diclemente, Crosby y Wingood, 2002; Paniagua, O'Boyle y Wagner, 1997a). De igual forma, Planes y Gras Pérez (2002) evalúan variables como conocimientos, expectativas de resultados y de autoeficacia respecto a métodos preventivos; la aceptación social percibida de los métodos preventivos y, el método de prevención utilizado en la última relación sexual. Los adolescentes identifican como conductas de riesgo el uso inconsistente del preservativo, el consumo de alcohol y el número de parejas sexuales que tienen (Babikian et al., 2004). Por tanto, Merchan-Hamann et al. (2002) en su estudio incluyen como variables predictoras de riesgo frente la infección por el VIH, las practicas sexuales de los adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual, la comercialización sexual, la violencia sexual y el consumo de drogas.

Existen otras variables que han sido incluidas en investigaciones sobre la evaluación de los factores de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA. Entre ellas se puede mencionar el *locus* de control, las normas de iguales, la comunicación entre padres e hijos y el control parental, las normas de grupo, la intención de cambio de conducta (Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2005), la utilización del tiempo libre, el deseo de embarazo por parte de las adolescentes (Crosby et al., 2001), entre otras.

El *locus* de control con relación a la infección por el VIH ha sido fundamental para establecer la responsabilidad y la atribución de la emisión de conductas de riesgo en los adolescentes (Loue, Cooper, Traore y Fiedler, 2004); en la medida que se asuma un *locus* de control interno mayor será la percepción de que el infectarse por el VIH depende de la persona y no solo de las otras personas. De igual forma, la modificación de las conductas depende en su mayoría de la persona y por tanto, la intención de cambio de conducta también ha sido estudiada con el fin de diferenciar entre el deseo o la idea de cambiar la conducta y ya la realización de la conducta (Fisher y Fisher, 1992).

Diferentes investigaciones establecen que no solo es suficiente la intención sino también lograr a la acción y se por tanto existe una distancia entre el pensar y el actuar (Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 2000).

Con relación a las interacciones que establecen los adolescentes se encuentran dos aspectos fundamentales como son la comunicación entre padres e hijos y las normas de iguales. En diferentes estudios se ha encontrado que la comunicación entre los padres y sus hijos sobre temas como la sexualidad y la infección por el VIH/SIDA contribuye a la prevención de la infección por el VIH (Bermúdez, Sánchez y Buela Casal, 2000a); sin embargo, se ha encontrado que los adolescentes tienden a comunicarse más con sus amigos que con sus padres en ciertas temáticas y a su vez influye más las normas del grupo (Gage, 1998; Kornblit y Petracci, 2000). De igual forma, la norma social percibida y el control de conducta percibido son variables que influyen en las conductas de riesgo emitidas por los adolescentes (Sánchez García y Muñoz, 2001). Por tanto, los vínculos fuertes entre los adolescentes con los padres y los amigos contribuyen a la emisión de conductas de protección frente a la infección por el VIH (Kornblit y Mendes, 2000; McBride et al., 2005).

Otro de los conceptos que actualmente han sido considerados relevantes en los procesos de prevención de la infección por el VIH/SIDA es el capital social, por la relevancia en relación a las redes sociales como factor de protección en las conductas de salud aunque sea poco estudiado (Crosby, Holtgrave, DiClemente, Wingood y Gayle, 2003; Kawachi, Kennedy y Glass, 1999). De igual forma, se han diseñado programas donde las diferentes entidades sociales de una comunidad se vinculan en programas de prevención del VIH y son efectivos no solo en el mejoramiento de la comunicación familiar, sino también en la emisión de conductas sexuales seguras (Mckerman, Taber, Paikoff, Mckinney, Baptiste et al., 2004).

De igual forma, se han realizado estudios en los cuales se establece que el deseo de las adolescentes de quedar embarazadas es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH principalmente relacionado con el no uso del preservativo (Crosby et al., 2001). A su vez otras investigaciones, han enfatizado en la importancia de trabajar con las adolescentes en la prevención de la infección por el VIH relacionándolo con los riesgos que se asumen cuando se desea estar en embarazo (Lederman, Chan y Roberts-Gray, 2004)

Con relación al uso del tiempo libre, generalmente se ha relacionado como un factor de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo, se han

realizado estudios donde el manejo inadecuado del tiempo libre es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH (Bermúdez, Gutiérrez-Martínez y Teva, 2005a; 2005b). A su vez, otra variable estudiada se relaciona con el papel del concepto de salud y la percepción de prevalencia del VIH/SIDA en la predicción de los comportamientos de riesgo entre los adolescentes (Bermúdez, Gutiérrez-Martínez, Teva y Buena-Casal, 2005; Kalichman y Cain, 2005).

En función de lo expuesto, se puede observar que en la medida en que se avanza en las investigaciones se incluyen nuevas variables y se establece un modelo multicausal de factores de riesgo frente a la infección por el VIH. Obviamente, esto es paralelo a los avances científicos relacionados con la infección. Mayordomo y Ubbillo (2003) establecen como predictores longitudinales de riesgo frente a la infección por el VIH las condiciones preventivas de la última relación sexual, la intención en el uso del preservativo y la comunicación con su pareja sexual. Por tanto, UNAIDS (2005) plantean que se debe no solo incrementar el nivel de comprensión sobre la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes sino también disminuir las conductas de riesgo y desarrollar las diferentes habilidades de autocuidado frente a la infección por el VIH. En esta misma línea, Merchan-Hamann et al. (2002) indican la importancia de conocer las ideologías, los comportamientos y los hábitos de los adolescentes con el fin de lograr una intervención acorde a las necesidades identificadas, de interés para los adolescentes y, fundamentalmente, que sea efectiva la intervención para la prevención de la infección por el VIH. A su vez, Merakou, Costopoulos, Marcopoulou y Kourea-Kremastinou (2002) indican que aunque se han realizado durante más de quince años diferentes campañas y programas de prevención frente a la infección por el VIH se debe continuar con los procesos educativos dirigidos a los adolescentes teniendo en cuenta la variedad de los resultados indicados en las diferentes investigaciones.

A modo de conclusión y en función de la revisión teórica realizada y los objetivos de la investigación, se plantea la necesidad de evaluar los diferentes factores psicosociales de riesgo en conjunto. No es suficiente la evaluación de los conocimientos y las actitudes, sino también incluir variables como las habilidades sociales, el autocontrol, el autoconcepto, la autoeficacia en el uso del preservativo, la búsqueda de sensaciones, entre otras, como variables relevantes para la explicación del comportamiento de riesgo o frente al VIH/SIDA. De igual forma, incluir la evaluación de rasgos psicopatológicos por ser un factor que incrementa las conductas de riesgo



frente a la infección por el VIH. Otros factores han sido claramente relacionados con la infección por el VIH que sin embargo, y por cuestiones relacionadas con la extensión de la presente investigación, no va a ser evaluados.

### **5.1 Conductas de riesgo frente al VIH (comportamiento sexual y consumo de sustancias psicoactivas)**

Las conductas de riesgo son definidas como todas las emisiones conductuales que traen consecuencias negativas en un individuo en un contexto determinado, en este caso en su salud biológica y psíquica (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000; Uribe Rodríguez, 2004). Diferentes autores han establecido que las conductas de riesgo pueden estar relacionadas con variables cognitivas, variables conductuales, variables sociales y variables culturales (DiClemente et al., 2002; Kalichman, 1998). Por tanto, en las investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo frente a la infección por el VIH se han incluido como principales factores y conductas de riesgo el uso inconsistente del preservativo (Babikian et al., 2004; Míguez-Burbano et al., 2001; UNAIDS, 2002), la historia de las enfermedades de transmisión sexual (Matsuoka et al., 2003; Merchan-Hamann et al., 2003; Míguez-Burbano et al., 2001), el número de parejas sexuales (Babikian et al., 2004; Míguez-Burbano et al., 2001; SIVIGILA, 2002) y el consumo de drogas (Castilla Catalán, Barrio, Fuede y Belza, 2000; Matsuoka et al., 2003; Merchan-Hamann et al., 2002; Ramisetty-Mikler et al., 2004; SIVIGILA, 2002; Soares y Jacobi, 2000; UNAIDS, 2002). Estas conductas se han estudiado de manera independiente y de forma conjunta, priorizando una conducta u otra.

De igual forma, SIVIGILA (2002) identifica como factores y conductas asociados a la infección por el VIH la edad de inicio de la actividad sexual, los antecedentes de infección de transmisión sexual, las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o sustancias psicoactivas y, tener más de una pareja sexual en los últimos doce meses. A su vez, Matsuoka et al. (2003) mencionan como variables fundamentales para la infección por el VIH, los comportamientos de riesgo, el nivel de los conocimientos, la historia de las enfermedades de transmisión sexual y el consumo de drogas. Por tanto, la falta de conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH, la predisposición al consumo de sustancias psicoactivas, el uso inconsistente del

preservativo y las relaciones sexuales con personas que se prostituyen son conductas de alto riesgo frente a la infección por el VIH en los adolescentes. UNAIDS (2002) plantea que los adolescentes en general presentan varias conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, entre las cuales se puede mencionar el inicio de las relaciones sexuales a edad muy temprana, el consumo de sustancias psicoactivas, el no uso del preservativo y, en otros casos, el uso inconsistente del mismo.

En la misma línea, Soares y Jacobi (2000) señalan la importancia del estudio de la relación entre el consumo de drogas y la infección por el VIH por su relación entre dos procesos vinculados como son la salud y la enfermedad. En un estudio realizado por Kornblit (2000) donde se exploran las experiencias de vida de consumidores de drogas portadores de VIH, se identifica que la ocupación, el afecto o las redes de apoyo y las dificultades para el cambio, son factores que influyen en la infección por el VIH y en el consumo de drogas. De igual forma, otros estudios establecen una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y las conductas sexuales de riesgo (Castilla Catalán et al., 2000; Ramisetty-Mikler et al., 2004). Por otro lado, Kornblit y Petracci (2000) identificaron la influencia que ejercen los medios masivos y las personas cercanas en los individuos, para decidir si se protegen o no frente al VIH. Por tanto, se valora la intervención personalizada y relacionada con el endogrupo como un elemento clave en el establecimiento de comportamientos de protección frente a la infección por el VIH.

A continuación se profundizará en los resultados de investigaciones donde se evalúan y relacionan variables como las conductas sexuales, el no uso del preservativo y el consumo de drogas como conductas de riesgo frente a la infección por el VIH.

Las conductas sexuales de riesgo frente a la infección por el VIH más estudiadas en los adolescentes son el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana (Lederman y Mian, 2003; Matascha et al., 1998; Merchan-Hamann et al., 2002; UNAIDS, 2002), el tener varias parejas sexuales (Babikian et al., 2004; Bui et al., 2001; Mitchell y Kaufman, 2002), el tener relaciones sexuales sin el uso adecuado del preservativo (Cohall et al., 2001; Murphy y Boggess, 1998; Norman y Carr, 2003; Tapia-Aguirre et al., 2004) y el ejercer la prostitución (Alves Peres et al., 2002). Lederman y Mian (2003) afirman que el inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad trae consecuencias en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, como las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y el aumento de los embarazos precoces.

Igualmente, otros autores encuentran una relación entre el inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad y el riesgo para la infección por el VIH (Babikian et al., 2004). En otro estudio ha sido asociado el número de parejas sexuales y al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad con el riesgo frente al VIH (Brahme et al., 2005; Patsdaughter, Kelly, Babington y Dyer, 2005).

La edad de inicio de las relaciones sexuales entre varones y mujeres es diferente, siendo a edad más temprana en los varones que en las mujeres; al igual que en el número de parejas sexuales, siendo mayor en los adolescentes varones (Crosby, Holtgrave, DiClemente, Wingood y Gayle, 2003). De igual forma, Lederman y Mian (2003) hallan la media de la edad de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, siendo los 13 años para los varones y los 15 años para las mujeres. En otras investigaciones se pone de manifiesto que los adolescentes han iniciado sus relaciones sexuales durante la Educación Primaria, dándose en el 68% de las niñas y en el 80% de los niños (Matasha et al., 1998). Alves Peres et al. (2002) indican que el 98% de los adolescentes encarcelados han tenido relaciones sexuales y la edad de inicio de dichas relaciones fue a los 13 años. De igual forma, Míguez-Burbano et al. (2001) establecen los 16 años como media de edad en varones colombianos para el inicio de su actividad sexual. Finalmente, Tapia-Aguirre et al. (2004) encuentran que la edad de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes mexicanos de centros educativos públicos es de 13 años para los varones, y 14 años para las mujeres. DiClemente, Lanier, Horan y Lodico (1991) realizaron un estudio donde compararon las conductas sexuales de riesgo entre adolescentes escolarizados y adolescentes encarcelados. Los principales resultados indican que los adolescentes encarcelados inician sus relaciones sexuales más temprano y, tienen mayor número de parejas sexuales que los adolescentes escolarizados. Sin embargo, ambos grupos de adolescentes no usan consistentemente el preservativo. En relación a lo anteriormente referido, hay que destacar que los índices de incidencia del VIH/SIDA en el mundo son más altos en los adolescentes y los adultos jóvenes presentando el mayor número de infecciones, aunque se diagnostique muchos años después (Bermúdez y Teva-Alvarez, 2003).

Continuando con la identificación de las conductas sexuales de riesgo frente a la infección por el VIH, Mitchell y Kaufman (2002) en su investigación consideran como conducta de riesgo el número de parejas sexuales que tiene o ha tenido una persona. Según Ford, King, Nerenberg y Rojo (2001) el 75% de las mujeres solo ha tenido una pareja sexual en su vida, resultado contrario en los varones, quienes han tenido más de

una pareja sexual. De forma semejante, el 4% de las mujeres de Bogotá entre 15 y 59 años ha tenido múltiples parejas sexuales y el 84% reporta no haber usado nunca el preservativo (Míguez-Burbano et al., 2002). A su vez, el 55% de los varones menciona haber tenido más experiencias sexuales comparado con el 33% de las mujeres (Merchan-Hamann et al., 2002). De igual forma, Bui et al. (2001) establecen en su estudio una relación directamente proporcional entre la edad y el número de parejas sexuales, es decir, a mayor edad es mayor el número de parejas sexuales.

El uso inconsistente del preservativo es otra de las variables estudiadas como factor de riesgo frente a la infección por el VIH. Es importante mencionar que uno de los principales métodos anticonceptivos usados por los adolescentes es el preservativo después de la píldora. Sin embargo, el uso del preservativo es poco frecuente entre la población adolescente (Merchan-Hamann et al., 2002). Se debe tener en cuenta que en el uso del mismo influyen las creencias de los adolescentes, una de ellas es la concepción de estabilidad en la relación de pareja como un factor de protección frente a la infección por el VIH (Merchan-Hamann et al., 2002). Sin embargo, los adolescentes con parejas estables no usan el preservativo con sus parejas por considerarlas duraderas, y a su vez, esta conducta no se evalúa como de riesgo para la infección por el VIH (Norman y Carr, 2003; Merchan-Hamann et al., 2002). De igual forma, Murphy y Boggess (1998) identifican que el machismo, la reducción de placer y el aprecio a la pareja sexual son factores que influyen en el uso inconsistente del preservativo en los adolescentes varones. En un grupo de adolescentes que trabajan se encuentran varias ideas relacionadas con el uso del preservativo que pueden afectar las conductas de protección frente a la infección por el VIH como son que sólo se debe usar el preservativo con las mujeres que ejercen la prostitución (35%) y que solo lo deben usar los homosexuales (Ford et al., 2001). Una de las posibles explicaciones al bajo uso del preservativo por parte de los adolescentes es el acceso a los mismos. Sin embargo, se ha demostrado que los adolescentes acceden fácilmente a los preservativos, aunque, no los usan (Liverpool et al., 2002; Merchan-Hamann et al., 2002). Teniendo en cuenta diferencias entre adolescentes encarcelados y no encarcelados en el uso consistente del preservativo, no se encontraron diferencias entre unos y otros, es decir, ambos grupos no usan consistentemente el preservativo (DiClemente et al., 1991). De hecho, en otros estudios más recientes, se establece que aunque el 78% de los adolescentes encarcelados consideran el preservativo como un método anticonceptivo útil, solo el 9% lo han usado

con todas sus parejas sexuales (Alves Peres et al., 2002). Aludiendo a diferencias entre países, se puede afirmar que la mayoría de las adolescentes tailandesas no ha usado el preservativo (Allen et al., 2003). Matasha et al. (1998) indican que entre un 25% y un 35% de los adolescentes no han usado nunca el preservativo. De igual forma, el 50% de adolescentes ecuatorianos evaluados nunca han utilizado el preservativo, y un porcentaje muy pequeño sienten que están en riesgo frente a la infección por el VIH (Park, Sneed, Morisky, Alvear y Hearst, 2002). En otro estudio, menos de la mitad de los adolescentes reportan haber usado el preservativo en sus relaciones sexuales (Patsdaughter et al., 2005). En otra investigación se comparó el uso del preservativo entre personas homosexuales monógamas y polígamas encontrándose que los monógamos tienden a tener relaciones sexuales sin protección con sus parejas diagnosticadas de VIH/SIDA, esto influenciado por la características de la pareja (Lightfoot, Song, Rotheram-Borus y Newman, 2005). Adicionalmente, se ha encontrado que en la medida en que dura más tiempo una relación afectiva o sexual, es más complicado el uso del preservativo porque influye el componente afectivo y disminuyen los comportamientos de protección frente al VIH/SIDA (García Martínez, 2005).

En función del sexo, también se han realizado estudios sobre el uso del preservativo, encontrándose resultados contradictorios, así, Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado (2003) hallan diferencias significativas en el uso del preservativo entre hombres y mujeres adolescentes, siendo mayor en los varones (35,4%) comparado con las mujeres (15,3%). Por el contrario, Liverpool et al. (2002) no encuentran diferencias significativas en el uso del preservativo entre varones y mujeres. A su vez, aunque no hay diferencias significativas frente a la conducta sexual en general, se establecen que los hombres tienen más relaciones sexuales que las mujeres, y los varones manifiestan no haber usado el preservativo con mayor frecuencia que las mujeres e indican mayor incomodidad en su uso. De igual forma, existen diferencias significativas en el uso del preservativo en función del nivel socioeconómico, siendo más frecuente el uso en los estratos socioeconómicos altos. En otras investigaciones comparan la consistencia en el uso del preservativo en los adolescentes según el tipo de conducta sexual. Así, en un estudio realizado por Merchan-Hamann et al. (2002), el 43% de los adolescentes utilizó consistentemente el preservativo en las relaciones vaginales y el 27% en las relaciones anales. Sin embargo, es importante anotar que en esta investigación, los resultados muestran que los varones usan más consistentemente el preservativo que las mujeres,

aunque no se dieron diferencias estadísticamente significativas. Míguez-Burbano et al. (2001) en un estudio realizado con varones de Colombia entre los 13 y los 71 años, encuentran que el 20% ha tenido relaciones sexuales con otro hombre y el 88% no ha usado preservativo de forma consistente. Del mismo modo, los adolescentes y los adultos jóvenes actualmente están manteniendo un alto porcentaje de relaciones sexuales anales y orales sin protección, las cuales son conductas de riesgo frente a la infección por el VIH (Cohall et al., 2001). A su vez, el 43,1% de las adolescentes ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales y, el 6% ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual incluida el VIH en los últimos tres meses; en este mismo estudio, las adolescentes diagnosticadas de VIH/SIDA indicaban no haber usado ningún tipo de protección en sus relaciones sexuales en los últimos tres meses (Allen et al., 2003).

De forma contraria, algunos estudios establecen que se ha incrementado el uso del preservativo en algunos como por ejemplo en la población adolescentes de Londres, como consecuencia de las campañas preventivas sobre la infección por el VIH que se han realizado en los últimos años (Johnson, Mercer, Wellings, Fenton y Erens, 2004). En el mismo estudio se demuestra que el 43% de los adolescentes usan consistentemente el preservativo y este porcentaje va disminuyendo con la edad. A su vez, Bortot et al. (2004) indican que el 55% de los adolescentes reportan usar siempre el preservativo en la relación sexual. Por tanto, el uso inconsistente del preservativo por los adolescentes, es un factor de riesgo para las diferentes infecciones de transmisión sexual (Morris, Ulmer y Chimnani, 2003). Mitchell y Kaufman (2002) consideran que el uso inadecuado del preservativo es otra conducta de riesgo frente a la infección por el VIH. Autores como Bortot, Risser y Cromwell (2004) identifican como principales errores que tienen los adolescentes en el uso del preservativo el retiro seguro del preservativo después de la relación sexual y las dificultades en la erección para colocárselo. A su vez, Rasmussen-Cruz, Hidalgo-San Martín y Alfaro-Alfaro (2003) encuentran que el 77,3% de los adolescentes usa inadecuadamente el preservativo.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el uso del preservativo es una práctica poco frecuente entre los adolescentes, lo cual incrementa el riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual, embarazos y el VIH. A esto se suma, que en las conductas sexuales de riesgo frente al VIH como el sexo anal y oral, el uso del mismo es aún menos frecuente. Por tanto, el uso del preservativo y el inadecuado uso de éste, incrementan la probabilidad de infección frente al VIH.

Diferentes investigaciones han planteado la importancia de realizar evaluaciones relacionadas con la infección por el VIH y el consumo de drogas, como uno de los principales factores de riesgo frente al VIH (Stueve y O'Donnell, 2005; Wu, Detels, Zhang, Li y Li, 2002). Ya que se ha demostrado que la asociación entre las conductas sexuales sin protección y el consumo de drogas es otra conducta de riesgo frente a la infección por el VIH en los adolescentes (Allen et al., 2003; Imperato, 1996; Morris, Ulmer y Chimnani, 2003). A su vez, Hingson, Strunin, Berlin y Heeren (1990) consideran importante evaluar el consumo de drogas en los adolescentes teniendo en cuenta que este influye en el uso del preservativo en las relaciones sexuales que tienen los adolescentes. De igual forma, el conocer la relación entre el consumo de drogas y la infección por el VIH es otro tema de interés en el grupo de adolescentes; ya que los adolescentes que consumen drogas tienen bajos conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA, y de igual forma, el 58,2% desconoce que el consumir drogas inyectables pueda transmitir el VIH (Wu, Zhang, Detels et al., 1997). Por otro lado, el 32% de los adolescentes indica que ha consumido alcohol antes de tener relaciones sexuales y un 16% de los adolescentes menciona que ha tenido relaciones sexuales después de haber consumido drogas ilegales (Merchan-Hamann et al., 2002). Por ejemplo, los adolescentes estadounidenses presentan dos conductas de riesgo frente a la infección por el VIH: el consumo de alcohol y las relaciones heterosexuales sin protección; ya que el 15,4% ha tenido relaciones sexuales después de haber consumido alcohol, a pesar que el 40,4% de los adolescentes considera que el consumo de alcohol es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH (Imperato, 1996). En otro estudio el 18,5% de los adolescentes indican que han consumido drogas o alcohol antes de tener relaciones sexuales (Patsdaughter et al., 2005). En otro estudio, el 39% de los adolescentes había tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas y el alcohol (Liverpool et al., 2002). De igual forma, el 41% de los adolescentes consumió alcohol antes de tener relaciones sexuales. Por tanto, existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y las conductas sexuales de riesgo frente a la infección por el VIH (Ramisetty- Mikler et al., 2004). De igual forma, Bui et al. (2001) hallan diferencias en el consumo de drogas entre las diferentes regiones, reportando un alto consumo en la zona urbana. A su vez, Matasha et al. (1998) establecen que los adolescentes de las zonas rurales están en mayor riesgo frente a la infección por el VIH.

Con base en la relación entre las conductas sexuales de riesgo frente al VIH y el consumo de drogas, es importante fortalecer estrategias de prevención del VIH

incluyendo la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales de riesgo; teniendo en cuenta el incremento del consumo de alcohol entre los adolescentes y su relación significativa con las conductas sexuales de riesgo, siendo mayor en los hombres el consumo que en las mujeres (Kaljee, Genberg, Minh y Tho, 2005).

A continuación se hará referencia a estudios que han evaluado varias conductas de riesgo frente a la infección por el VIH de forma simultánea, como son las relaciones sexuales, el uso inconsistente del preservativo y el consumo de drogas, entre otras. Autores como Espada Sánchez, Martínez Sánchez y Medina Hernández (2000) identificaron en un estudio cinco variables fundamentales en la prevención de la infección y disminución de la reinfección por el VIH, estas son las variables sociodemográficas como la edad y sexo, la situación sanitaria, el consumo de drogas, la infección por el VIH y los comportamientos de riesgo asumidos por las personas drogodependientes. Allen et al. (2003) consideran que las adolescentes tienen varias conductas de riesgo frente a la infección por el VIH como son las relaciones sexuales sin protección, el consumo de drogas y el abuso sexual en su infancia; adicionalmente el uso del preservativo es poco frecuente y no se perciben en riesgo frente al VIH. Los autores en su estudio con adolescentes tailandesas encuentran que casi un 6%, ha recibido algo material por tener relaciones sexuales y el 14% ha tenido relaciones casuales. A su vez, la minoría de las adolescentes no ha usado preservativo y el 80,5% ha consumido alcohol en los últimos tres meses. De igual forma, Rasmussen-Cruz et al. (2003) relacionan la conducta de riesgo sexual en adolescentes con el sitio de trabajo (por ejemplo hoteles), se ha encontrado una alta frecuencia en las conductas sexuales de riesgo, el 77,3% de la población estudiada usó inadecuadamente el preservativo y el 41% consumió alcohol antes de tener relaciones sexuales. Por lo tanto, Ramisetty-Mikler et al. (2004) consideran que los programas de prevención frente a los riesgos sexuales deben incluir como variable complementaria la prevención del consumo de drogas y alcohol.

Otros factores que poco a poco se han ido considerando relevantes en el proceso de evaluación del riesgo frente a la infección por el VIH, son los factores socioeconómicos (Leickness, Simbayi, Kalichman, Jooste, Cherry, et al., 2005). Aggleton (2002) asevera la importancia de considerar las diferencias en la edad, la pobreza y la exclusión social como factores que generan mayor vulnerabilidad frente a



la infección por el VIH en las personas. A su vez, las problemáticas sociales como el trabajo sexual y las malas condiciones socioeconómicas pueden influir en las conductas de riesgo (Ananth y Koopman, 2003). Con respecto al sexo las mujeres biológicamente presentan mayor susceptibilidad al VIH por el epitelio vaginal, siendo mayor esta susceptibilidad en las adolescentes, lo cual las coloca aun en mayor riesgo (Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, 2000). En diferentes investigaciones se establece que la mujer tiene mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH tanto por factores biológicos, como psicológicos y sociales. Allen et al. (2003) hallaron que las adolescentes no se perciben en riesgo y el uso del preservativo es poco frecuente. La vulnerabilidad biológica es la que tiene mayor número de investigaciones, en las cuales la píldora anticonceptiva afecta la mucosa vaginal facilitando las hemorragias postcoitales, los métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino y los hábitos higiénicos después de la relación sexual incrementan la vulnerabilidad de la mujer frente a la infección por el VIH; a su vez, las adolescentes pueden ser forzadas a tener relaciones sexuales, estar bajo el dominio de un hombre y finalmente, no tienen habilidades de negociación sobre el uso del preservativo o sobre las posibles infidelidades de su pareja (Bayés, 1995). La conducta sexual de las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes son un factor de riesgo para la transmisión del VIH y a su vez para la transmisión de madre a hijo (Koniak-Griffin y Brecht, 1997). Finalmente, UNAIDS (2002) considera el sexo como el factor de mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH, principalmente en las mujeres por cuestiones sociales y culturales. Finalmente, Hollander (2003) relaciona las altas conductas de riesgo en mujeres con los bajos recursos económicos. En algunos estudios se establece la pobreza como un factor de riesgo frente a la infección por el VIH (UNAIDS, 2002). Sin embargo, en otras investigaciones no se ha encontrado la pobreza como un predictor del riesgo frente a la infección por el VIH (Crosby et al., 2003). Paxton (2002) establece que los programas de intervención deben tener en cuenta el sexo y sus diferencias en todo nivel para dirigir los mensajes de prevención frente a la infección por el VIH.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Novick, Terán y Dolbear (2003) indican la importancia de este tipo de enfermedades en los adolescentes, teniendo en cuenta que se presentan con frecuencia en esta población. De igual forma, la mitad de los estudiantes identifican el preservativo como el mejor método de prevención frente a las enfermedades de transmisión sexual (Gökengin et al., 2003). El 49% de las

adolescentes y el 90% de los adolescentes de Educación Secundaria han iniciado sus relaciones sexuales; el 50% ha sido víctimas de abuso sexual; a su vez un 13% ha tenido una enfermedad de transmisión sexual (Matasha et al., 1998). Ku, Sonenstein, Bradner, Boggess y Pleck (1998) establecen en su estudio que los adolescentes están a favor de las relaciones sexuales antes del matrimonio, la utilización de métodos anticonceptivos como el aborto y en última instancia la adopción como solución al embarazo. La actitud favorable de los adolescentes frente a las relaciones sexuales sin tener conductas de autocuidado adecuadas puede facilitar la infección por el VIH; por tanto, Rani, Figueroa, y Ainsle (2003) establecen la necesidad de orientar los programas de control natal y prevención de enfermedades de transmisión sexual en función del sexo y enfatizando en las conductas de autocuidado.

Otros autores, han evaluado las conductas de riesgo frente al VIH como el conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA, las conductas sexuales de riesgo y el uso del preservativo en adolescentes con trastornos psicológicos, siendo esta población de alto riesgo, teniendo en cuenta que sus conocimientos sobre la infección son bajos, no usan el preservativo en sus relaciones sexuales y adicionalmente, tienen baja percepción de riesgo frente a la infección por el VIH (Katz, Mills, Singh y Best, 1995). En diferentes estudios se ha mencionado la importancia de intervenir en poblaciones consideradas de alto riesgo frente a la infección por el VIH como son los adolescentes que se encuentran en cárceles (DiClemente et al., 1991; Katz et al., 1995). Los adolescentes que han presentado conductas delictivas presentan varios factores de riesgo frente a la infección por el VIH, no solo en falta de conocimientos sino también en conductas de riesgo como relaciones sexuales sin protección y consumo de drogas (Katz et al., 1995). De igual forma, Alves Peres et al. (2002) en un estudio realizado con adolescentes encarcelados establecen que presentan varias conductas de riesgo frente a la infección por el VIH: el 12% ha sido trabajador sexual y el 5,5% ha consumido drogas inyectables. De la misma manera, el 27% de los adolescentes que consumen drogas reconocen haber consumido drogas con su pareja sexual; aunque el 78% considera útil el preservativo como método de anticoncepción, solo el 9% lo ha usado con todas sus parejas sexuales.

## **5.2 Conocimientos frente a la infección por el VIH/SIDA**

La evaluación del nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH y el SIDA es uno de los principales temas de investigación sobre los factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH. Las áreas de estudio se han centrado en la evaluación de las ideas erróneas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención del mismo. Autores relevantes en el tema, indican que los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA son necesarios pero no son suficientes para generar conductas preventivas frente a la infección por el VIH (Bayés, 1995; Díaz-Loving, 2001; Obeidallah et al., 1993). En la misma línea, Steel, Herlitz, Snyder, Mazzaferro y Theorell (2004) mencionan que en los estudios realizados se ha encontrado una relación baja entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las conductas de riesgo; que los conocimientos son importantes en el cambio de conducta y no en el mantenimiento de la misma; y finalmente, consideran fundamentales las creencias en los procesos de conducta y en el aprendizaje sobre la infección por el VIH/SIDA. La relevancia de la identificación de los niveles de conocimiento y las principales ideas erróneas sobre el VIH/SIDA en los adolescentes, radica en la probabilidad de disminuir las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH a medida que se aumentan los conocimientos y se disminuyen las ideas erróneas (DiClemente et al.2002). A su vez, Katz et al. (1995) plantean que los adolescentes que tienen un mayor conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA, se sentirán menos vulnerables frente a la infección por su autoeficacia, lo cual los lleva a asumir menos riesgos frente al VIH. De igual forma, Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal (1999) establecen la importancia de evaluar los conocimientos que se poseen sobre la prevención de la infección por el VIH, y la necesidad de generar escalas que no sólo evalúen conocimientos sino también ideas erróneas frente a la infección por el VIH.

Carey y Schroder (2002) consideran que los conocimientos son un factor de protección frente al VIH. Por tanto, la identificación de las principales variables que influyen en la prevención de la infección por el VIH y las ideas erróneas más frecuentes sobre la infección, permiten que se diseñen estrategias cognitivas para la modificación de los conocimientos y las creencias sobre el VIH/SIDA. En cuanto a los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA, UNAIDS (2002) señala que los adolescentes tienen escasos conocimientos sobre las vías de transmisión y prevención del VIH. En consecuencia, el bajo nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA es un

factor de riesgo en la población, principalmente en los adolescentes. A su vez, los altos niveles de conocimiento aumentan la confianza frente al control de la infección y disminuye la ansiedad frente a la infección por el VIH (Norman y Carr, 2003). Por tanto, el alto nivel de conocimiento es una herramienta fundamental para la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente a su sexualidad (Morris et al., 2003; Norman y Carr, 2003). Sin embargo, Hoppe et al. (2004), establecen que los adolescentes no tienen en cuenta los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA para tener sus relaciones sexuales, ya que sienten que no deben preocuparse por la infección por el VIH porque su prevalencia es baja y no es visible.

Diferentes estudios identifican en los adolescentes un bajo nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA (Baker-Duncan, Dancer, Gentry, Highly y Gibson, 1997; Gökengin et al., 2003; Katz et al., 1995; Morris et al., 2003). Las principales deficiencias del conocimiento sobre la infección por el VIH, se relacionan con los tratamientos para la infección por el VIH y el Sida, el considerar que el VIH y el Sida tiene cura y las formas de prevención del mismo (Morris et al., 2003). Por su parte, Lanouette, Noelson, Ramamonjisoa, Jacobson y Jacobson (2003) establecen que en la transmisión del VIH se presentan bajos conocimientos, principalmente en la forma como no se transmite y las formas de prevención como el uso del preservativo. Algunos estudios mencionan que en la medida en que se tengan mayores niveles de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA, se genera la intención de asumir conductas preventivas frente al VIH (Morris et al., 2003); y por el contrario el bajo nivel de conocimientos sobre la infección favorece la emisión de conductas sexuales de riesgo frente al VIH (Leickness et al., 2005). En los adolescentes colombianos existe un nivel medio de conocimientos sobre la infección por el VIH, las formas de transmisión y la evolución del VIH, entre otras; siendo estos factores de riesgo, ya que la información y la formación inadecuada sobre la infección afecta a sus prácticas sexuales al ser infravalorados los riesgos; de igual forma no tienen claras las formas de prevención (Uribe Rodríguez, 2004a).

Por el contrario, otros investigadores han encontrado un alto nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en los adolescentes evaluados (Babikian et al, 2004; Bui et al., 2001; Cohall et al., 2001; DiClemente, Lanier, Horan y Lodico, 1991; Im-em, VanLandingham, Knodel y Saengtienchai, 2002; Imperato, 1996; Liverpool et al., 2002; Montazeri, 2004; Robillard, 2001; Leickness et al., 2005; Tapia-Aguirre et al., 2004).

Según Im-em et al. (2002) los adolescentes tienen altos niveles de conocimiento relacionados con las vías de transmisión del VIH debido a las inversiones gubernamentales realizadas en los procesos de prevención de la infección por el VIH. Sin embargo, estos niveles de conocimiento sobre el VIH han disminuido y se presentan deficiencias principalmente en las personas adultas y en lo relacionado con los tratamientos antirretrovirales, ya que existe una relación inversamente proporcional entre el conocimiento sobre los tratamientos del VIH/SIDA y la edad. Por el contrario, Cohall et al. (2001) no hallan diferencias en el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en función de la edad. De igual forma, Montazeri (2004) indica que el nivel de acierto en los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes, está entre un 53% y un 99%. En otro estudio, el 67% de los adolescentes evaluados responde correctamente a los diferentes ítems relacionados con las ideas correctas y falsas sobre la infección por el VIH/SIDA (Bhattacharya, Cleland y Holland, 2000). A su vez, Merakou et al. (2002) hallan que el 72% de los adolescentes responden correctamente a las preguntas sobre la infección por el VIH/SIDA.

En diferentes investigaciones se plantea que aunque el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA sea alto, se encuentran ideas erróneas sobre el VIH/SIDA. El nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA en 142 adolescentes de tres estados de Estados Unidos es alto, teniendo en cuenta que previamente han recibido educación sobre el VIH/SIDA (Imperato, 1996). Sin embargo, el 17,1% considera posible la infección por el VIH/SIDA al tener una consulta médica, un 19,9% no están seguros de que no se pueda transmitir el VIH por la donación de sangre, y un 41,4% considera que se puede transmitir el VIH al recibir una transfusión sanguínea. A su vez, el 95% de los adolescentes conoce que aún no hay cura para la infección por el VIH/SIDA y el 84,5% sabe que no se conoce una vacuna efectiva contra la infección por VIH (Imperato, 1996). En la misma línea, Robillard (2001) aclara que los adolescentes tienen altos niveles de conocimiento sobre los conceptos básicos del VIH/SIDA y sus vías de transmisión, pero no tienen claro que en la transmisión de madre a hijo, la leche materna puede transmitir el VIH; y a su vez, atribuyen la principal forma de transmisión a las relaciones homosexuales. Similarmente, se han realizado estudios con adolescentes encarcelados y se encuentran altos niveles de conocimiento (DiClemente et al., 1991; Alves Peres et al., 2002). De igual forma, Alves Peres et al. (2002) hallan altos niveles de conocimiento básico sobre el VIH/SIDA en el 87% de los adolescentes brasileños que están en la cárcel, aunque

algunas ideas de transmisión son equivocadas, como por ejemplo, el 97% considera que compartir comida con una persona diagnosticada de VIH/SIDA es una conducta de riesgo. En otro estudio con adolescentes que han tenido problemas judiciales, se encuentran que los adolescentes consideran que no se puede transmitir el VIH por el consumo de drogas intravenosas (Katz et al., 1995). En otros estudios, el 91,8% de los adolescentes de la zona urbana presentan altos niveles de conocimiento, y se considera que los adolescentes que han participado en actividades de educación sobre las enfermedades de transmisión sexual tienen mucho más conocimiento sobre las vías de transmisión y de prevención del VIH (Cohall et al., 2001). A su vez, en el 93% de los adolescentes, los conocimientos sobre la infección son muy adecuados, conocen las vías de transmisión del VIH, identifican la infección como una enfermedad de transmisión sexual y saben que el preservativo es una forma de prevención de la infección (Vinh, Raguin, Thebaud, Semaille y Tri, 2003). De igual forma, Allen et al. (2003) establecen que el 86,6% de las adolescentes tailandesas considera que el virus puede ser transmitido por relaciones sexuales, por agujas y de madre a hijo. Sin embargo, solo el 33,1% confía en que el preservativo previene el VIH. En la misma línea, en otros estudios los adolescentes presentan altos niveles de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA aunque, saben más sobre la transmisión del VIH que sobre su prevención (Tapia-Aguirre et al., 2004; UNICEF, 2002).

Continuando con la identificación de las ideas erróneas sobre el VIH/SIDA en la población adolescente, estos se relacionan con las vías de transmisión del VIH. El 76,1% de los adolescentes indica que la infección por el VIH puede transmitirse de mujer a mujer y el 25,6% de los adolescentes considera que se puede disminuir el riesgo frente a la infección por el VIH orinando después de tener una relación sexual (Imperato, 1996). Otra idea que tienen los adolescentes es la identificación de los homosexuales y los consumidores de drogas como principales grupo de riesgo frente a la infección por el VIH (Imperato, 1996). De igual forma, el 30% de los adolescentes considera baja la probabilidad de transmisión del virus entre dos mujeres y que la transmisión es más frecuente entre hombres (De León et al., 1999). En otras investigaciones, los principales errores sobre las formas de transmisión se relacionan con las transfusiones sanguíneas, el uso de baños públicos y la atribución de que la infección se da principalmente en personas homosexuales (Bhattacharya et al., 2000). A su vez, el 86% de los adolescentes sabe que las relaciones sexuales con una persona

portadora del VIH es una forma de transmisión del virus; un 47% no sabe si las cuchillas de afeitar pueden transmitir la infección por el VIH; al igual, que un 27% considera que se puede transmitir el VIH por transfusiones sanguíneas y al realizarse exámenes de sangre en los laboratorios clínicos. A su vez, el 44% de los adolescentes no identifican las relaciones sexuales anales como una conducta de riesgo para la transmisión del VIH (Bhattacharya et al., 2000).

En diferentes investigaciones un alto porcentaje de los adolescentes está de acuerdo en que las relaciones sexuales esporádicas o casuales pueden transmitir el VIH (Allen et al., 2003; Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003). De igual forma, Allen et al. (2003) plantean que los adolescentes consideran que por medio de besos en la mejilla, compartiendo utensilios de comida y estando en el mismo espacio de trabajo con una persona diagnosticada de VIH/SIDA se puede adquirir el VIH. Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra (2003) indican que los adolescentes consideran a las personas que practican la prostitución en alto riesgo para la infección por el VIH.

Según la UNICEF (2002) es muy frecuente entre los adolescentes el desconocimiento de las formas de prevención, que se mantengan formas de transmisión erróneas como la transmisión por estornudos y picaduras de mosquitos y que los conocimientos sobre el VIH/SIDA sean adquiridos a través de sus amigos. Por tanto, DiClemente et al. (2002) enfatizan en la relevancia del conocimiento sobre los riesgos y los métodos de prevención de la infección por VIH en los adolescentes. La identificación de las ideas erróneas más frecuentes en los adolescentes permite orientar los contenidos sobre los cuales se deben realizar las principales reestructuraciones cognitivas con el fin de contribuir a la emisión de conductas sexuales más seguras.

Por otro lado, las diferencias por sexo se ha tenido en cuenta en los estudios relacionados con los conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA y existen datos contradictorios. Algunos estudios indican que las mujeres tienen menos conocimiento sobre el VIH/SIDA que los hombres (Morris et al., 2003; UNAIDS, 2002). En un estudio realizado con mujeres adolescentes se ha identificado un 45% en conocimiento inadecuado sobre la infección por el VIH/SIDA (Taghizade, 2005). Im-em et al. (2002) encuentran que el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA es ligeramente mayor en los varones. Sin embargo, en otros estudios se establecen diferencias en los conocimientos sobre el VIH/SIDA entre los hombres y las mujeres en los resultados absolutos, siendo mayor en las mujeres (Lawrence, 1993; Montoya, 2001). Por el contrario, en otras investigaciones no se han hallado diferencias en el nivel

de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA entre hombres y mujeres (Cohall et al., 2001; Ford, King, Nerenberg y Rojo, 2001; Liverpool et al., 2002; Norman y Carr, 2003). De igual forma, se ha encontrado que a mayor conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA en los hombres, se tiene mayor número de parejas sexuales; aspecto contrario en las mujeres, que a mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA mayor es el deseo de tener solo una pareja sexual (Tapia-Aguirre et al., 2004). Por tanto, la diferencia por sexo es fundamental incluirla en el diseño de programas de prevención frente a la infección por el VIH, principalmente por las diferencias encontradas en algunos estudios (Paniagua et al., 1997a). De igual forma, es importante indicar que los hombres tienden a ser más fisiológicos en sus decisiones sobre las relaciones sexuales y las mujeres tienden a tener más en cuenta los aspectos emocionales (Hoppe et al., 2004), siendo esta diferencia fundamental para la evaluación y el diseño de programas preventivos sobre la infección por el VIH.

Otra de las variables que ha sido objeto de estudio con relación a los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA es el factor económico. Montoya (2001) en un estudio con adolescentes de Educación Secundaria en condiciones socioeconómicas bajas, plantea que los conocimientos de los adolescente son distorsionados y contradictorios a pesar de las campañas preventivas realizadas en años anteriores; se tienen conceptos erróneos relacionados con las vías de transmisión del VIH como la transmisión sanguínea del VIH por donación de sangre, y que la transmisión entre mujeres homosexuales es mayor que entre parejas heterosexuales. Hollander (2003) establece que los niveles de conocimiento sobre la infección son muy bajos en las mujeres de bajos recursos económicos, y a su vez tienen altas conductas de riesgo. Villaseñor-Sierra et al. (2003) encuentran diferencias significativas en el nivel de conocimiento objetivo en los adolescentes, presentándose mayor nivel de conocimientos en los adolescentes con nivel socioeconómico medio y superior. Por tanto, se deduce que las campañas educativas deben tener en cuenta las diferencias socioculturales y económicas que caracterizan a la población (Birch, Angermeier y Gentsch, 2002; Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003).

Según la ubicación geográfica, Ananth y Koopman (2003) hallan diferencias en el nivel de conocimientos sobre el VIH relacionado con la facilidad para acceder a la educación. El nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA evaluado en un grupo de adolescentes inmigrantes que trabajan en el campo era bueno, aunque



algunos presentaban ideas erróneas frente a la transmisión del VIH, como por ejemplo, que se transmite por medio de besos (60%), por relacionarse con las personas diagnosticadas de VIH/SIDA y que el VIH/SIDA tiene cura (50%) (Ford et al., 2001). Por tanto, las estrategias de difusión de los mensajes preventivos sobre el VIH/SIDA deben tener en cuenta las diferencias existentes entre personas de la zona urbana y la zona rural de un país (Birch et al., 2002; Bui et al., 2001). Los adolescentes latinos blancos tienen mayor nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA comparado con los adolescentes latinos negros al igual que mayor número de ideas erróneas sobre la infección (DiClemente et al., 1988).

Otro aspecto a tener en cuenta en relación al nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA es el tipo de institución educativa, Norman y Carr (2003) encuentran diferencias en el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA y el tipo de institución educativa. Perlini y Ward (2000) implementaron un programa de prevención con adolescentes de instituciones educativas públicas utilizando el juego de roles, las lecturas y los videos; se hallaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH pero no en las actitudes hacia el VIH/SIDA, en los grupos donde la intervención fue con juego de roles. Adicionalmente, en los adolescentes que estudian en instituciones educativas públicas, se establece en los adolescentes una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la preferencia por el uso del preservativo en los adolescentes hombres; sin embargo, en las mujeres esta proporción es inversa, ya que a medida que tienen más conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA, el interés por el uso del preservativo disminuye (Tapia-Aguirre et al., 2004). Posiblemente esta relación entre altos conocimientos y menor gusto por el uso del preservativo en las mujeres, puede sustentarse en estudios donde se ha encontrado que a medida que se tienen más conocimientos sobre la infección se tiene mayor confianza y disminuye la ansiedad afectando sus conductas de prevención frente a la infección por el VIH (Norman y Carr, 2003).

Otro aspecto fundamental en los conocimientos, es la relación entre el VIH y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), teniendo en cuenta que las investigaciones establecen que las ETS aumentan el riesgo de la infección por el VIH (Fleming y Wasserheit, 1999). Gascon-Jiménez et al. (2003) señalan la importancia de la evaluación del nivel de conocimientos sobre el Sida y las ETS entre los estudiantes de colegios públicos y privados, teniendo en cuenta que tienen un nivel muy bajo de

conocimientos y las ETS se relacionan con la infección por el VIH. En esta línea, diferentes estudios hallan que el 20% de los adolescentes consideran que las píldoras anticonceptivas previenen las ETS (Cohall et al., 2001; Crosby et al. 2000); y a su vez, desconocen que el preservativo es un medio de prevención de otras ETS diferentes al VIH. Por tanto, las campañas preventivas deben incluir la relación entre las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH, como otra estrategia preventiva frente al VIH.

Los estudios relacionados con la evaluación de los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes con trastornos psicológicos y psiquiátricos también son contradictorios. Así Katz et al. (1995) plantean que los adolescentes con trastornos emocionales y de conducta no tienen conocimientos suficientes y presentan mayor número de ideas erróneas sobre la infección por el VIH/SIDA que los adolescentes normales; adicionalmente, las conductas sexuales de riesgo como el no uso del preservativo y la baja percepción de riesgo frente a la infección incrementa la probabilidad de infección en esta población. Por el contrario, Paniagua et al. (1997a) identifican en los adolescentes con trastornos psicológicos como depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos de adaptación, altos niveles de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA y pocas ideas erróneas. Sin embargo, al comparar los resultados con adolescentes normales de Estados Unidos encuentran un nivel inferior en el nivel de conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA en los adolescentes con problemas psiquiátricos. Paniagua, O'Boyle y Wagner (1997b) compararon el nivel de conocimientos de una muestra de adolescentes con problemas psiquiátricos con una muestra de una población normal y encuentran menor nivel de conocimientos y más ideas erróneas en la población psiquiátrica. En la misma línea, Dévieux et al. (2002) al evaluar el nivel de conocimientos en adolescentes encarcelados con alta y baja impulsividad identifican altos niveles de conocimiento sobre el VIH/SIDA, sin embargo, el nivel de conocimientos es mayor en los adolescentes de alta impulsividad. Birch et al. (2002) enfatizan en las dificultades presentadas en las personas con retraso mental para acceder a la información sobre el VIH/SIDA lo cual puede explicar el hecho de que se hayan presentado casos de VIH/SIDA en personas con discapacidad. A su vez, identifican que la calidad y la cantidad de educación difieren entre estudiantes con discapacidad mental y los que no la tienen.

Alves Peres et al. (2002) plantean que se deben adaptar las estrategias de prevención frente a la infección por el VIH a las características de la población, usando didácticas de interés para la población objetivo principalmente en poblaciones consideradas de alto riesgo como los adolescentes encarcelados, que presentan trastornos de conducta antisocial y que no cuentan con el apoyo social y educativo necesario. A su vez, Dévieux et al. (2002) establecen que los programas de prevención de la infección por el VIH deben centrarse en las actitudes y las conductas con el fin de generar estrategias de cambio frente a las mismas, principalmente en la impulsividad que se presenta en los adolescentes y con más énfasis en adolescentes de alto riesgo como los que tienen conductas antisociales y delictivas. De igual forma, las intervenciones para prevenir la infección por el VIH/SIDA deben incluir información sobre la infección y sobre la motivación para emitir conductas de protección frente al virus (Morrison-Beedy, Carey, Kowalski y Tu, 2005).

Un aspecto importante es la transmisión de la información sobre el VIH/SIDA y las fuentes del conocimiento. Wong, Harper, Duffy, Faulring y Eggleston (2001) realizaron un estudio en el que se evaluaba los contenidos sobre la infección por el VIH/SIDA en libros de psicología; los autores plantean que la información es muy superficial y no incluye los diferentes aspectos de la infección por el VIH. Adicionalmente, no profundizan en la conducta como factor de riesgo, ni en cómo modificarla para prevenir la infección por el VIH. Otro aspecto fundamental en las estrategias de prevención son los contenidos que se utilizan para la educación con los adolescentes. Lohrmann, Blake, Collins, Windsor y Parrillo (2001) evaluaron los contenidos curriculares con relación a la infección por el VIH/SIDA de las escuelas en New Jersey y encontraron que los contenidos eran muy pobres, y que es fundamental tener en cuenta el entrenamiento para el personal educativo, la estructura curricular y obviamente una política institucional clara frente a este tipo de procesos educativos. Otros autores como Mitchell, Ollis y Watson (2000) consideran relevante el establecimiento de políticas claras y nacionales para la educación en salud y específicamente en lo relacionado con la prevención del VIH. Este planteamiento se sustenta en el éxito obtenido en Australia en el control de la infección por el VIH y el diseño de sus programas, donde incluyen el reconocimiento de aspectos relacionados con la sexualidad del adolescente, las diferencias socioculturales, el establecimiento de políticas claras de intervención y la formación de los profesionales de la salud.

No obstante, en otros estudios se establece que los adolescentes están cansados de recibir educación sobre el VIH/SIDA y que prefieren otras temáticas más relevantes como las relaciones sexuales; esto puede indicar que no establecen una relación entre la conducta sexual y la posibilidad de infección por el VIH (Hoppe et al., 2004). Por tanto, una de las estrategias preventivas es la asociación entre las relaciones sexuales y la infección por el VIH, teniendo en cuenta que generalmente se tratan los temas por separado. En otro estudio, el 41% de los adolescentes mexicanos consideran que reciben mucha información sobre el VIH/SIDA, sin embargo, creen que saben poco sobre el tema (De León et al., 1999). Lo cual está relacionado con el énfasis que autores como DiClemente et al. (2002) realizan sobre la idea de que los adolescentes a pesar de las diferentes campañas preventivas frente a la infección por el VIH aún tienen desconocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA. Paniagua et al. (1997b) plantean la importancia de la inclusión y el análisis de la opción de respuesta “no se” en la evaluación de los conocimientos sobre el VIH/SIDA, entendido este como el desconocimiento del tema cuestionado, ya que permite aproximarse a la identificación de las principales áreas en las cuales no se ha enfatizado en los programas de prevención sobre el VIH, y sobre las cuales existe un desconocimiento, que podría disminuirse con las campañas de prevención frente al VIH y no solo en el análisis de los ítems que se aciertan o fallan.

Finalmente, se debe resaltar que aunque se han incrementado los niveles de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes, es fundamental continuar con las campañas preventivas y educativas de forma sistemática e intensiva ya que no solo se traducen en la adopción de conductas preventivas (Merakou et al., 2002).

### **5.3 Actitudes frente a la infección por el VIH/SIDA**

La actitud ha sido definida por diferentes autores, sin embargo, para objeto de esta investigación se tomará la definición de Fishbein y Ajzen (1975) la cual se establece como una tendencia a responder de la misma forma ya sea favorable o no con relación a un objeto o situación dada, esa respuesta es aprendida. Las actitudes frente a la infección por el VIH/SIDA, han sido estudiadas por diferentes autores, teniendo en cuenta que es otra variable fundamental en la evaluación de los factores psicosociales de la infección por el VIH. En este sentido, los resultados de las investigaciones sobre las

actitudes frente a la infección por el VIH son contradictorios. Así, algunas investigaciones establecen que las actitudes influyen en las conductas de riesgo que se puedan emitir, de tal manera que la percepción social y la actitud ante la infección por el VIH determinan el comportamiento de otros o los propios frente al VIH (Sánchez, 1997). Por otro lado, otras investigaciones no encuentran ninguna relación entre las actitudes y las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH (Brown, Lourie, Flanagan y High, 1998). Sobre la infección por el VIH/SIDA existen una serie de mitos, temores y estigmatizaciones que afectan las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH. A pesar de la inclusión en los diferentes procesos educativos e informativos de temas sobre sexualidad y drogas, aun existen aspectos poco tratados y que se relacionan con la infección por el VIH/SIDA, como son la homosexualidad y el consumo de drogas inyectables; el inicio de los debates sobre estas cuestiones han modificado las actitudes hacia las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, en algunos casos hacia posiciones más comprensivas y en otros de rechazo total (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Por ejemplo, Sánchez García y Muñoz (2001) incluyen otras variables importantes adicionales al conocimiento como las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido con relación al uso del preservativo.

Las principales áreas de evaluación sobre las actitudes se relacionan con las actitudes hacia las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, ya sea al compartir con ellas o por el hecho de sus características individuales como su orientación sexual. Entre los adolescentes, se identifica una baja tolerancia frente a las personas diagnosticadas del VIH/SIDA en las instituciones educativas (Barros et al., 2001; Imperato, 1996); sin embargo, la tolerancia frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA es alta (90%) con relación a compartir con ellos en el lugar de residencia (Imperato, 1996). Teniendo en cuenta las diferencias en función del sexo entre adolescentes con trastornos psiquiátricos se encuentran diferencias significativas en la actitud positiva y la actitud negativa frente al VIH/SIDA, siendo mayor la actitud positiva y menor la actitud negativa frente al VIH/SIDA en las adolescentes comparada con los adolescentes psiquiátricos (Paniagua et al., 1997a). En otro estudio, el 84% de las personas está de acuerdo con la vinculación laboral y educativa de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Montazeri, 2004). Hasta el momento, no se ha encontrado casos de infección por el VIH por el contacto entre una madre seropositiva y su hijo después del parto, obviamente sin tener intercambios de fluidos (Vidal et al., 2001). Conocer esta información conlleva la idea generalizada de que compartir con una persona

seropositiva al VIH no implica riesgo, lo cual facilitaría la disminución de la actitud de rechazo de algunas personas frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Por otro lado, algunas investigaciones se encuentra que los adolescentes consideran que las personas diagnosticadas de VIH se merecen el diagnóstico por lo cual su actitud ante ellos es negativa (Barros, 2001). En un estudio con mujeres adolescentes, el 56% tienen actitudes poco favorables frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA y a su vez bajos conocimientos sobre la infección (Taghizade, 2005).

Otra línea de investigación importante es aquella en la que se relacionan los factores psicosociales como el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las actitudes frente a la infección. Los conocimientos sobre el VIH/SIDA influyen en las actitudes de las personas con relación a la infección por el VIH/SIDA y con relación a las personas diagnosticadas del VIH/SIDA (Bermúdez y Teva, 2004). De igual forma, De León et al. (1999) indican que las creencias, los mitos y los comportamientos generan actitudes inseguras frente a la infección por el VIH/SIDA. Las actitudes negativas hacia las personas diagnosticadas de VIH/SIDA son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH (Edwards, 1992; Imperato, 1996). De la misma forma, se establece que los adolescentes que recuerdan la información errónea sobre la infección por el VIH/SIDA tienen una actitud más negativa frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Bermúdez y Teva (2004) establecen la importancia de los conocimientos con relación a las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH/SIDA, ya que se desconocen las implicaciones reales de la situación y eso influye en las conductas con las personas diagnosticadas.

Por otro lado, se han realizado investigaciones en las cuales se evalúa la actitud de los adolescentes frente al uso del preservativo. Las actitudes negativas hacia el preservativo han sido identificadas como factor de riesgo para la infección por el VIH/SIDA (Leickness et al., 2005). Según las actitudes hacia el uso del preservativo en los adolescentes se puede establecer si existe o no una intención de usarlos (Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal, 2000b; Craig et al., 2000). A su vez, las adolescentes cada vez se responsabilizan más de sus relaciones sexuales, asumiendo una actitud positiva frente al uso del preservativo y a mantener relaciones de pareja más duraderas (Martín Carrasco y Martín López, 1997). Liverpool et al. (2002) enfatizan en la importancia de

realizar intervenciones preventivas centradas en las actitudes y en el uso del preservativo en los adolescentes que viven en albergues, ya que se consideran que están en mayor riesgo comparados con los adolescentes que no están en albergues. De igual forma, Craig et al. (2000) consideran que las intervenciones con los adolescentes deben incluir la generación de actitudes positivas hacia el uso del preservativo para ambos sexos, identificando mitos y creencias sobre el preservativo y su uso, y la confrontación de las mismas. Igualmente, indican que las actitudes hacia el uso del preservativo influyen sobre el uso del mismo, ante lo cual es importante que las campañas educativas y preventivas sobre la infección por el VIH sensibilicen a los adolescentes sobre los comportamientos de autocuidado, siendo el uso del preservativo una estrategia efectiva frente al VIH (Crosby et al., 2003).

Las actitudes de los adolescentes favorecen las conductas de riesgo a nivel sexual (Ku et al., 1998). A su vez, estas actitudes de los adolescentes frente al VIH/SIDA y con relación a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA pueden estar influenciadas por la información que transmiten los padres a sus hijos, que puede ser tanto correcta como errónea (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2000a). Paxton (2002) plantea la influencia de los testimonios de las personas diagnosticadas en las actitudes de los adolescentes y que por tanto, se debe dar un uso adecuado de los contenidos y los mensajes emitidos. La selección de las personas que dan la información y formación a los adolescentes sobre el VIH/SIDA, debe incluir un perfil óptimo no solo en los conocimientos sino también en las habilidades de interacción y dinámica de grupo; de igual forma, tener en cuenta la percepción que tienen los educadores frente a la infección por el VIH/SIDA, ya que esto influirá en el énfasis que se realice en la actividad de educación y en la generación de actitudes frente a las personas diagnosticadas y frente al uso del preservativo.

Alves Peres et al. (2002) plantean que aunque los conocimientos sobre el VIH/SIDA sean elevados en los adolescentes, se generan actitudes negativas ante una idea errónea como por ejemplo al considerar que el compartir comida con una persona diagnosticada de VIH/SIDA es una conducta de riesgo para infectarse del VIH, esta idea fue considerada como correcta en el 97% de los adolescentes estudiados. En los adolescentes con trastornos psiquiátricos Paniagua et al. (1997b) indican en su estudio que el aumento en el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA, fortalece las actitudes positivas hacia la infección y disminuye las actitudes negativas frente a la misma. Esta influencia sobre las actitudes es un aspecto a favor para la

vinculación de los pacientes con problemas psiquiátricos a programas de prevención de la infección por el VIH. De igual forma, en un estudio comparativo entre adolescentes normales y adolescentes con trastornos psicológicos, se encuentra que los adolescentes con trastorno psicológico tienen actitudes más positivas sobre la infección por el VIH/SIDA, en comparación con los adolescentes normales, aunque no son estadísticamente significativas (Bermúdez et al., 2000c). A su vez, otros autores plantean una posible relación entre nivel de conocimientos, percepción de autoeficacia y actitud hacia el VIH/SIDA (Paniagua et al., 1997b). En otras palabras, en la medida que se tenga un alto nivel de conocimiento, se percibe que se es capaz de controlar la situación y por tanto, su actitud va a ser más favorable frente a la infección por el VIH/SIDA.

Actualmente, se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA a debido a que se mantiene el estigma frente a la enfermedad (García Martínez, 2005). Por tanto, es fundamental continuar con los programas de prevención del VIH en donde se incluyan el cambio de actitudes en los adolescentes frente a la infección por el VIH, frente a las personas diagnosticadas de VIH y el uso del preservativo, ya que no solo depende de los conocimientos, sino también de las características psicosociales propias del individuo y de su entorno. De igual forma, como existen diferencias en las actitudes hacia las personas diagnosticadas entre hombres y mujeres, siendo la actitud más favorable entre las mujeres comparado con los hombres; es fundamental que los programas de intervención sobre la modificación de las actitudes frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA deben incluir tanto información sobre la infección, como estrategias de cambio de actitudes y percepción hacia el VIH para que se obtengan resultados efectivos (Lau, Tsui y Chang, 2005).

#### **5.4 Susceptibilidad frente a la infección por el VIH/SIDA**

El conocimiento de las características de una población determinada y las conductas de riesgo predominantes en la misma, son fundamentales en los procesos de diseño, planeación y ejecución de los programas de prevención y atención sobre la infección por VIH/SIDA (UNAIDS, 2003). Campart y Scandroglia (1997) plantean que un factor protector es aquel permite al sujeto ser competente en situaciones difíciles, y



un factor de vulnerabilidad es aquel que dificulta o impide afrontar en una situación difícil. De igual manera, ambos disminuyen o incrementan la probabilidad de una situación de riesgo y sus consecuencias. Sin embargo, no se puede generalizar sobre si un factor es protector o no, ya que también está mediado por el contexto y por el individuo. Otro estudio realizado por Kornblit y Mendes (2000) establece que se asumen conductas de protección cuando hay un sistema íntimo fuerte y no se asumen conductas de protección cuando hay igualdad de intereses sociales y otras valoraciones.

La percepción de riesgo frente a la infección por el VIH es otra de las variables que se han evaluado y relacionado con las conductas de riesgo de los adolescentes. ONUSIDA (1999) define el riesgo como la probabilidad que tiene cualquier persona de infectarse con el VIH. A su vez, plantea diferentes aproximaciones conceptuales dependiendo la perspectiva que se tenga. Por ejemplo, establece la influencia lo de lo cultural, principalmente por el sistema de creencias y valores propios de una cultura que van a determinar los comportamientos; desde lo psicológico, fundamentalmente lo relaciona con la percepción del individuo sobre si mismo y la percepción que tiene el entorno de él (identidad sexual, sexo, el estilo de vida); desde lo socioeconómico, menciona la influencia del poder adquisitivo en la emisión de conductas de protección frente a la infección; y desde lo político, las normas, los programas y los servicios sanitarios que ofrecen a la población los gobiernos de un país. La percepción de riesgo es definida como la susceptibilidad de un individuo a las consecuencias negativas por la emisión de una conducta determina (ONUSIDA, 1999). A su vez, se relaciona con la invulnerabilidad percibida o ilusión de control que se presenta principalmente en la adolescencia frente a diferentes factores de riesgo como el consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos, etc.; por tanto, se tiende a subvalorar el riesgo personal y sobrevalorar el riesgo de otras personas (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). La susceptibilidad como tal es definida como la percepción que tiene un individuo del riesgo que tiene ante una enfermedad determinada (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001). Existen tres términos importantes dentro de la de la percepción de riesgo como son la monogamia no protectora, la monogamia protectora y la monogamia serial (Bayés, 1999). Los adolescentes no se perciben en riesgo al tener relaciones sexuales con su pareja estable, ante lo cual se puede diferenciar si es monogamia protectora o no protectora dependiendo de las conductas de su pareja. Si a esto se suma, la monogamia serial de los adolescentes, conceptualizada como las relaciones temporales de los adolescentes, la probabilidad de riesgo es mayor, pasando a la

monogamia no protectora (Bimbela, 2002). De igual forma, lo adolescentes establecen que su principal preocupación en las relaciones sexuales son los embarazos y no las enfermedades de transmisión sexual.

Se establece que si las personas se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, no emitirán esa conducta de riesgo. Sin embargo, en esta conducta influyen muchos factores como son las consecuencias placenteras a corto plazo de las conductas de riesgo, la demora de la consecuencia negativa, el contar con opciones farmacológicas y quirúrgicas en algunas enfermedades, y las creencias culturales sobre una situación determinada (Bayés, 1990a; Becoña y Vásquez, 2000). En el momento que una persona se perciba en riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA puede optar por el uso del preservativo como en el caso de los hombres o en ser más selectiva en la elección de pareja como se da en el caso de las mujeres (García Martínez, 2005). Cuando se tiene más próxima la información sobre la infección por el VIH se autoperciben en riesgo al relacionar sus conductas desprotegidas, es decir, se logra una relación entre ciertas conductas y las consecuencias negativas que estas pueden ocasionar (Lameiras et al., 2002). De igual forma, ONUSIDA (1999) plantea que la vulnerabilidad al VIH esta determinada por factores individuales, factores relacionados con los servicios de salud y el acceso a los mismos y los factores sociales. Y a su vez, la percepción de las conductas de riesgo a nivel sexual se ve influida por las creencias y los parámetros socioculturales de un país o territorio o un grupo social determinado. Por tanto, el riesgo es situacional y relativo, es decir, puede variar en el tiempo y en las situaciones a las cuales se ve expuesto un individuo. Otros autores como Gutiérrez (2003) establecen que las carencias económicas y las diferencias según el sexo en los adolescentes son factores que incrementan la vulnerabilidad del adolescente frente a la infección por el VIH. Adicionalmente, la falta de información en algunos sectores y la ausencia de políticas claras y consolidadas frente a la atención del adolescente teniendo en cuenta sus problemáticas.

Gage (1998) plantea que la autopercepción del riesgo facilita la toma de decisiones ante situaciones que se le presenten a una persona. De igual forma, influyen otros factores como la desaprobación social, la contradicción entre valores tradicionales y modernos, la normativa grupal y los roles sexuales. En el momento de evaluar la percepción de riesgo frente a la infección por el VIH en los adolescentes, se encuentran estudios donde la percepción de riesgo es muy baja. Generalmente, los adolescentes no

se perciben en riesgo frente a la infección por el VIH (Merchan-Hamann et al., 2002; Robillard, 2001; Vinh et al., 2003). Robillard (2001) encuentra que los adolescentes no consideran que estén en riesgo frente a la infección por el VIH ya que siguen los mandatos de su religión. El 50,6% de los adolescentes no se identifica en riesgo para la infección por el VIH a pesar de que solo un 11% ha utilizado el preservativo en su última relación sexual; el 39% ha tenido más de una pareja sexual y el 21% ha tenido relaciones sexuales con un trabajador sexual (Vinh et al., 2003). Similarmente, los adolescentes mexicanos no se consideran en riesgo frente a la infección por el VIH. Sin embargo, el 85% de los adolescentes se preocupa de que puedan infectarse (De León, Pelcastre y Rojas, 1999). En la misma línea, los adolescentes relacionaban el riesgo frente al VIH con las prostitutas, los homosexuales y los drogadictos, no se percibían en riesgo y ven muy lejana la probabilidad de infección por el VIH (Barros et al., 2001).

Como se ha mencionado en diferentes estudios, los adolescentes tienen baja percepción de riesgo frente al VIH. Macintyre et al. (2004) han identificado que las relaciones familiares y el entorno social, la autoeficacia del uso del preservativo y la convivencia con una persona enferma influyen en la percepción de riesgo de los adolescentes; ya que puede comprobar los efectos a largo plazo de una enfermedad, y a su vez, adquirir una serie de criterios frente a la necesidad de generar habilidades de autocuidado frente al VIH. De igual forma, los adolescentes perciben más el riesgo frente a la infección por el VIH cuando están en contacto con personas adultas con las cuales se comunican, según la autoeficacia en el uso del preservativo de esas personas y si han conocido o vivido con personas que padezcan alguna enfermedad crónica; lo anterior, porque hay una sensibilización a que es posible que se desarrollen las enfermedades a largo plazo aunque no sean fáciles de identificar en un primer momento (Macintyre et al., 2004). Por lo tanto, en la medida que los adolescentes asuman el riesgo frente a la infección por el VIH, se va a favorecer el deseo de conocer sobre la infección por el VIH, y emitir conductas de protección frente a la misma. En la misma línea, Liverpool et al. (2002) encuentran diferencias significativas en la percepción de riesgo frente a la infección por el VIH en función del sexo, siendo mayor la percepción del riesgo en las mujeres comparada con la de los hombres. Por tanto, se han tratado de generar estrategias preventivas para las mujeres, las cuales puedan ser utilizadas por ellas (Bayés, 1995; Barreiro, Soriano et al., 2001; Vidal et al., 2001). Todos estos factores de vulnerabilidad no son conocidos por las mujeres, lo cual genera que no perciban el riesgo frente a la infección por el VIH.

De igual forma, UNAIDS (2002) menciona que otro factor que incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes son los niveles y el tipo de conocimiento que tienen frente a la infección por el VIH, principalmente este desconocimiento se centra en las formas de prevención de la infección por el VIH. Sin embargo, a pesar de que los adolescentes poco a poco tienen mayor información por las diferentes campañas de educación sobre el VIH, no se logra establecer una relación entre los conocimientos y la percepción de riesgo en los adolescentes. Por el contrario, DiClemente, Boyer y Morales (1988) plantean que el nivel de conocimiento bajo sobre el VIH/SIDA se relaciona con la percepción de riesgo frente a la infección por VIH, es decir, que a menor conocimiento, mayor es el riesgo percibido por los adolescentes frente al VIH. Por tanto, el tener conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA permite identificar la vulnerabilidad que existen en la persona teniendo en cuenta no solo las vías de transmisión sino también las estrategias de prevención (Crosby, 1996). En la misma línea, DiClemente et al. (2002) establecen que los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA incrementan la percepción de riesgo principalmente en las mujeres. Este dato es importante teniendo en cuenta los diferentes factores por los cuales las mujeres son más vulnerables frente a la infección por el VIH. Sin embargo, en las mujeres existe un alto nivel de desconocimiento de su mayor grado de vulnerabilidad frente a las enfermedades de transmisión sexual comparado con los hombres. A su vez, Mbizvo, Msuya, Hussain, Chirenje y Stray-Pedersen (2003) en un estudio realizado con los adolescentes encontraron que a menor conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, menor es el riesgo percibido, siendo muy frecuente en mujeres entre los 15 y los 19 años. De igual forma, los profesionales de la salud consideran que los adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, sumando a esto la poca vulnerabilidad percibida por los adolescentes (Checa, Erbaro y Schwartzman, 2003). En un estudio donde relacionan las creencias sobre la infección por el VIH y la vulnerabilidad percibida y las actitudes frente a las personas seropositivas al VIH, indican que a mayores creencias inadecuadas o incompletas mayor es la actitud negativa frente a las personas diagnosticadas de VIH, y a su vez, tanto la vulnerabilidad percibida como la autoeficacia es menor (Boer y Emons, 2004).

La susceptibilidad ha sido estudiada en poblaciones con trastornos psicológicos, variable considerada como factor de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA.

UNAIDS (2002) indica que los adolescentes que han presentado conductas delictivas y que se encuentran en centros de rehabilitación tienen mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH. De igual forma, los niños que están vinculados a la prostitución tienen mayor riesgo principalmente por el dominio que ejerce sobre él una persona mayor. Igualmente, Alves Peres et al. (2002) identifican que el 40% de los adolescentes encarcelados no se perciben en riesgo frente a la infección por el VIH; sin embargo, los adolescentes con alta impulsividad se perciben en mayor riesgo frente a la infección por el VIH que los de baja impulsividad. A su vez, en otro estudio DiClemente et al. (1991) encuentran que el 69,4% de los adolescentes encarcelados se perciben en mayor riesgo frente a la infección por el VIH que los adolescentes escolarizados (45,2%).

La percepción de riesgo en las adolescentes con trastornos psiquiátricos es menor que en los adolescentes normales, al igual que presentan mayor nivel de autoeficacia frente a la infección por el VIH (Paniagua et al., 1997b). Sin embargo, los autores enfatizan en que se deben contextualizar los resultados, principalmente porque los adolescentes psiquiátricos no necesariamente tienen habilidades sobre el uso del preservativo ante situaciones de riesgo. Otros estudios, comparan la susceptibilidad percibida frente al VIH en los adolescentes con trastornos psicológicos y adolescentes sin trastorno y no encuentran diferencias significativas entre los dos grupos (Bermúdez et al., 2000c). A su vez, Wu et al. (1997) evaluaron la percepción de riesgo frente a la infección por el VIH en adolescentes consumidores de drogas y encontraron que el 88% de ellos no se percibe en riesgo frente a la infección por el VIH.

Planes et al. (2000) consideran relevante la evaluación de la intención de cambio de conducta y la percepción de riesgo, y concluyen que la intención de conducta no está relacionada con el riesgo percibido. De igual forma, el uso del preservativo está influenciado por la percepción de riesgo que sienten los adolescentes y si sienten miedo de contraer la enfermedad (Moscoso-Alvarez et al., 2001).

Por tanto, la UNESCO (2000) indican que para el año 2005 se debe haber reducido la incidencia de VIH/SIDA en personas entre los 15 y los 24 años, adicionalmente, enfatizan en la importancia de que los gobiernos diseñen estrategias preventivas centradas no solo en la información y educación, sino también en el desarrollo de habilidades para la vida. Lo principal sería que las intervenciones que se realicen faciliten la autoevaluación del riesgo de forma más objetiva y con fines preventivos.

### **5.5 Autoeficacia para el uso del preservativo**

En la actualidad, la autoeficacia es una de las variables de mayor interés en los procesos en los cuales está implicada la salud de las personas principalmente por lo beneficios que puede tener en las estrategias de autocuidado. Bandura (2001) basándose en su teoría del aprendizaje social, establece que la autoeficacia se basa en la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para controlar su conducta y el ambiente, y a su vez determina su estilo de vida; la persona no solo debe percibir que puede lograr un objetivo, sino que tiene la capacidad para lograrlo y puede responder a los diferentes obstáculos que se presenten. Otros autores, como López Rosales (1996) indican que la autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sexual sobre las relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido emitidas, y finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo.

Diferentes autores, consideran la autoeficacia como fundamental en la reducción del riesgo frente a la infección por el VIH (Kasen, Vaughan y Walter, 1992; Mize, Robinson, Bockting y Scheltema, 2002). Bandura (1977) considera la autoeficacia como un elemento fundamental en la evaluación para la prevención de la infección por el VIH y la fundamenta en cuatro fuentes: las experiencias de éxito, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados emocionales y fisiológicos. De igual forma, en algunos estudios se indica la influencia de los conocimientos sobre el VIH/SIDA en la percepción de autoeficacia en los adolescentes frente a la infección por el VIH, ya que en la medida que aumentan los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (Mize et al., 2002; Paniagua et al., 1997b). A su vez, Planes Pedra (1995) establece que en los estudios sobre autoeficacia frente a la infección por el VIH se debe cuidar en la selección de los instrumentos a utilizar, es decir, se debe ser muy específico en la evaluación de la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones frente a las conductas sexuales de riesgo y el uso del preservativo, que puede variar según la pareja, ya sea estable u ocasional, según las circunstancias y según las facilidades de acceso a la compra y uso del preservativo.

La predisposición de los adolescentes para el uso del preservativo y las habilidades de negociación ante el uso del mismo han sido estudiadas por diferentes autores. Por tanto, la autoeficacia a nivel sexual es un predictor sobre el uso del

preservativo (Colón, Wiatrek y Evans, 2000). El uso del preservativo es una de las conductas de protección frente a la infección por el VIH; sin embargo, esta conducta está mediada por las diferentes creencias que una persona tiene frente al preservativo, por las normas establecidas sobre la sexualidad y por el preservativo en un contexto social determinado; al igual, que la autoeficacia y las habilidades de negociación sobre el uso del preservativo que tenga una persona con su pareja sexual, ya sea estable o casual (Crosby et al., 2003). De igual forma, los autores plantean que existe una relación entre la utilización del preservativo y las diferentes barreras para su uso en los adolescentes ya sean personales, sociales o económicas. Una de esas barreras es la actitud de la pareja frente al uso del preservativo, ya sea de aprobación o de rechazo y a su vez, la autoeficacia y las habilidades de negociación del preservativo en la relación sexual (Villarruel, Jemmott, Jemmott y Ronis, 2004).

En diferentes investigaciones se ha evaluado si existen diferencias en la autoeficacia según el sexo y el nivel de escolaridad, encontrándose resultados variados. Las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas preventivas como el rechazo a tener relaciones sexuales, pero los hombres tienen mayor autoeficacia en el uso del preservativo (Kasen et al., 1992; López-Rosales y Moral-de la Rubia, 2001). En la misma línea, Salazar et al. (2004) indican que las mujeres no tienen relaciones sexuales sin protección con más frecuencia que los hombres, aunque necesariamente no está bajo su control el uso del preservativo; sin embargo, se sienten más capaces de negociar el uso del preservativo cuando se sienten mejor con su imagen corporal y su autoestima. A su vez, Fernández-Esquer, Atkinson, Diamond, Useche y Mendiola (2004) encontraron que existen diferencias en la autoeficacia para el uso del preservativo según el sexo, siendo mayor la autoeficacia en el uso del preservativo en las mujeres. De igual forma, consideran que las conductas sexuales de riesgo y el sexo son indicadores importantes en el momento de evaluar la predisposición al uso del preservativo. Por el contrario, Meekers y Klein (2002) no hallaron diferencias en la autoeficacia percibida entre los adolescentes frente al uso del preservativo; sin embargo, establecen que los hombres tienen mayor conocimiento sobre el uso correcto del preservativo comparado con las mujeres.

En la misma línea, se encuentra una relación entre la autoeficacia y la frecuencia en el uso del preservativo en los adolescentes, es decir, en la medida que la autoeficacia se incrementa el uso del preservativo se vuelve más frecuente (Basen-Engquist y Parcel, 1992). Salazar et al. (2004) indican que el miedo a negociar el uso del preservativo, el

número de comunicaciones en pareja sobre las relaciones sexuales y la autoeficacia para el uso del preservativo son indicadores para identificar el nivel de comunicación en pareja. Por tanto, las relaciones interpersonales de los adolescentes facilitan el desarrollo de la confianza en sí mismos (UNICEF, 2002). Las actitudes, las normas y la autoeficacia son importantes para el uso del preservativo, teniendo en cuenta que cuando más favorables sean las actitudes hacia el preservativo, y se perciba capacidad para su adquisición y uso, la probabilidad de uso será mayor (Bryan, Aiken y West, 2004; Mashegoane, Moalusi, Ngoepe y Peltzer, 2004). Adicionalmente, Crowell (2004) indica que las habilidades sociales como la asertividad y la autoeficacia son claves en el uso del preservativo, teniendo en cuenta que es un proceso de negociación y ante el cual se deben contar con las habilidades de interacción necesarias y sentirse capaz de lograr la negociación para protegerse en una relación sexual.

De igual forma, la autoeficacia es una de las variables psicológicas que ha sido incluida en diferentes estudios relacionados con las conductas de riesgo de los adolescentes como son las conductas sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas, frente a la infección por el VIH. Swartz, Lurigio y Weiner (2004) establecieron grupos de riesgo con adolescentes encarcelados en función de las conductas de riesgo que se emitieran y su relación con el nivel de autoeficacia. Los resultados muestran que los considerados en mayor riesgo tendían a consumir más sustancias psicoactivas, y a su vez, sus niveles de autoeficacia y percepción de riesgo eran más bajos. Por tanto, la autoeficacia es un factor que se relaciona no solo con conductas de autocuidado a nivel sexual sino también frente a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, se encuentra una relación entre autoeficacia y las conductas de riesgo, estableciéndose en la investigación cuatro grupos: el de alta autoeficacia y pocas conductas de riesgo, los de baja autoeficacia y pocas conductas de riesgo, baja autoeficacia y algunas conductas de riesgo, y los de baja autoeficacia y varias conductas de riesgo; los resultados indican que a mayor autoeficacia y menor conductas de riesgo (Mitchell, Kaufman, Beals y Pathway Choice Hlth Ways Project, 2004).

En otro estudio se encontró por medio de una regresión logística la relación entre el vivir solo, el consumo de sustancias psicoactivas y la baja autoeficacia, sumándose a esto el establecimiento de relaciones sexuales de riesgo (Semple, Patterson y Grant, 2004). En relación a los medios de comunicación se halló una relación entre la calidad



de los mensajes y su influencia en la autoeficacia, una actitud más favorable frente al uso del preservativo al confiar más en su protección y en disminuir el temor a su adquisición; por tanto, a mayor calidad de los anuncios publicitarios mayor influencia favorable en la autoeficacia y las actitudes frente al uso del preservativo (Agha, 2003).

Al comparar la autoeficacia frente al VIH en los adolescentes con trastornos y sin trastornos no se encontraron diferencias significativas (Bermúdez et al., 2000c). Sin embargo, en algunos estudios se ha establecido la importancia de intervenir en población consumidora de sustancias psicoactivas a través del incremento de la autoeficacia, como una estrategia para la reducción de las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH (Kang, Deren, Andia, Colon y Robles, 2004).

A partir de los diferentes estudios, la autoeficacia es una variable fundamental en la prevención de la infección por el VIH principalmente porque se relaciona con las estrategias de prevención como es el uso del preservativo (Zak-Place y Stern, 2004). En la misma línea, en investigaciones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos se enfatiza en que si una mujer se siente cada vez más capaz de asumir comportamiento de anticoncepción, mayor será la probabilidad de su uso y su mantenimiento en el tiempo (Cabral et al., 2004). Por tanto, se puede indicar que la medida en que una persona reduzca sus conductas de riesgo, se perciba en menor riesgo frente a la infección por el VIH y mejore sus niveles de autoeficacia van a ser indicadores de cambio a favor de las conductas de protección frente a la infección por el VIH (Longshore, Stein y Conner, 2004). De igual forma, en la medida que una persona se perciba capaz de tener relaciones sexuales, de igual forma se sentirá capaz de utilizar los métodos anticonceptivos necesarios y emitir conductas de autoprotección (Bandura, 1997).

Aunque no se cuenta con criterios unificados para la evaluación de los programas de prevención frente a la infección por el VIH, se ha identificado que la mayoría incluye variables como los conocimientos, las actitudes y las habilidades de comunicación; pero son muy pocos los que incluyen la autoeficacia como una variable importante dentro de los procesos de diseño e implementación en las estrategias preventivas frente al VIH (Kaaya, Mukoma, Flisher y Klepp, 2002). Por tanto, los programas de prevención frente a la infección por el VIH deben contribuir al incremento de la autoeficacia y las intenciones del uso del preservativo en los adolescentes con el fin de disminuir los comportamientos de riesgo frente a la infección (Jemmott III, Sweet Jemmott, Fong y McCaffree, 1999; Kang et al., 2004). Igualmente,

se deben tener en cuenta las diferencias socioculturales de los adolescentes a intervenir con el fin de lograr la efectividad en el incremento de la autoeficacia frente al uso del preservativo con base en su individualidad y su contexto (Levinson, Sadigursky y Erchak, 2004). En la medida que estas variables sean incluidas en los programas se puede lograr controlar uno de los factores que influye no solo en las actitudes sino también en la disminución de las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH a medio plazo (Bockting, Robinson, Forberg y Scheltema, 2005). De igual forma, se sensibiliza a la intención de acceder al diagnóstico precoz de la infección por el VIH con el fin de lograr no solo el conocimiento sino también tomar conciencia de la posibilidad de evitar infectar a otras personas y acceder a los tratamientos necesarios antes de una evolución rápida de la enfermedad (Hou y Wisenbaker, 2005).

Finalmente, la prevención de la infección por el VIH implica comportamientos de autoprotección en la población en general pero principalmente en los adolescentes; por lo cual, el desarrollo de habilidades de autocuidado implica la percepción de control sobre la situación a partir de contar con unas habilidades básicas para responder a determinadas situaciones. Con base en lo anterior, es fundamental que el individuo genere una serie de hábitos que le permitan establecer un estilo de vida saludable y que no se modifique la conducta cuando ya se presentan consecuencias negativas en la salud (Bandura, 2001). La intervención educativa y preventiva debe iniciarse desde la infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta que son etapas en las cuales se inician ciertos comportamientos que se convertirán en hábitos; en la medida en que los adolescentes reciban información sobre la sexualidad, permitirá que asuman comportamientos de autoprotección a través del desarrollo de habilidades en el área sexual y social, disminuyendo la probabilidad de riesgo frente a la infección por el VIH (Bandura, 1997). Por tanto, en la medida que las personas relacionen las conductas de riesgo con las consecuencias que se presentan a corto, medio y largo plazo, va a determinar inicialmente un cambio en la creencia y continuar con el desarrollo de ciertas habilidades que le permitan finalmente modificar esa conducta y evitar las consecuencias negativas manteniendo la conducta protectora.

## **5.6 Déficit en autoconcepto**

Alrededor del constructo de autoconcepto se han generado diferentes explicaciones y definiciones, las cuales permiten identificar la relevancia del concepto en función del desarrollo del individuo y sus comportamientos saludables. El autoconcepto es definido por Bermúdez (2001) como “la representación mental que la persona tiene de sí misma” (p.19). A su vez la autora, plantea que el autoconcepto puede diversificarse dependiendo de las áreas o contexto donde se encuentre el individuo ya sea el área escolar, social, familiar, los aspectos relacionados con su aspecto físico, etc. Por tanto, el autoconcepto es el resultado de las interacciones sociales y de las consecuencias de su conducta en el entorno al cual pertenece el individuo (Bermúdez, 2001). Otros autores definen el autoconcepto en función de la imagen que el individuo tiene de sí mismo a partir de las interacciones y las evaluaciones que haga de su conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). De igual forma, se establece que el autoconcepto es organizado por las categorías que se organizan a partir de la experiencia, y estas a su vez, pueden organizarse en jerarquías que están en evaluación permanente; y puede ser multifacético o multidimensional (Musitu, García y Gutiérrez, 1991).

Durante la adolescencia el autoconcepto facilita los cambios hacia la adultez, al igual que puede determinar el aprendizaje de diferentes conductas que pueden no ser saludables o beneficiosas como es la conducta sexual; influyendo en las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH (Salazar et al., 2004). Por tanto, como lo plantean los autores al evaluar el autoconcepto se deben tener en cuenta tanto la autoestima como la identidad étnica y la imagen corporal, siendo estos componentes fundamentales del autoconcepto. En consecuencia, en los programas preventivos deben tener en cuenta el autoconcepto y su relación con los otros factores psicosociales mencionados como facilitadores de conductas de riesgo frente a la infección por el VIH.

Por otro lado, las normas y los valores locales relacionados con la sexualidad deben tenerse en cuenta en las intervenciones para la prevención del VIH (UNESCO, 1999). Por la influencia sobre las conductas sexuales del adolescente, Logan, Staton y Leukefeld (2001) realizaron un estudio donde evaluaron la hiperfeminidad como constructo que puede dar información para las intervenciones preventivas frente al VIH, ya que encontraron que esta variable aumenta las conductas sexuales y el consumo de alcohol. A su vez, Calado Otero, Lameiras Fernández y Rodríguez Castro (2004)

consideran que las mujeres que se perciben poco atractivas pueden emitir conductas de riesgo sexuales para encontrar la aprobación social e incrementar su autoestima; por tanto, estas conductas no controladas pueden facilitar la infección por el VIH. Rani, Figueroa, y Ainsle (2003) establecen la necesidad de orientar los programas de control natal y prevención de enfermedades de transmisión sexual incluída la infección por el VIH en función del sexo y enfatizando en las conductas de autocuidado por las diferencias en el autoconcepto entre hombres y mujeres.

La autoestima, la identidad y la autoimagen son fundamentales en el autoconcepto de un individuo, el cual facilita las habilidades de comunicación en pareja y principalmente contribuye al rechazo de las relaciones sexuales sin protección (Salazar et al., 2004). Por tanto, uno de los aspectos a fortalecer en lo individuos es el conocimiento y valoración personal, que va a influir en el inicio de las relaciones de pareja. En la misma línea, en la medida que se tenga un concepto de sí mismo favorable se produce mayor resistencia a las presiones sociales (Dilorio et al., 2002). Este planteamiento es fundamental ya que al tener un nivel de autoconocimiento adecuado, se puede resistir a las presiones sociales y, esto puede ser extrapolado a diferentes situaciones principalmente la sexual y el consumo de drogas; donde se ha identificado que las principales consecuencias se han generado a partir de no tener suficientes habilidades de oposición. De igual forma, el autoconcepto se ha relacionado con la actitud hacia el uso del preservativo, ante lo cual se fortalece una de las conductas de autocuidado frente al uso del preservativo (Albarracin et al., 2000). A su vez, Salazar et al. (2004) plantean que el autoconcepto contribuye a las conductas sexuales de protección de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

Uno de los principales factores de riesgo frente a la infección por el VIH es el consumo de drogas. Alrededor del tema se han realizado diferentes investigaciones en las cuales se han identificado factores psicosociales de protección frente al consumo como el autoconcepto positivo frente a sí mismo y una adecuada autoestima (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). En diferentes investigaciones la baja autoestima es considerada como un factor de riesgo en el consumo de drogas y en las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, teniendo en cuenta que al tener una baja autoestima no se cuenta con las habilidades suficientes para evaluar las consecuencias negativas para sí mismo de una conducta determinada (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). López Martínez, Martín López y Martín Carrasco (1997) plantean que los adolescentes que son consumidores de

varios tipos de drogas, tienen dificultades de integración en los contextos familiar y escolar; adicionalmente, el concepto sobre sí mismo es bajo; de igual forma, los adolescentes que consumen drogas ilegales excluido el alcohol tienen una buena autoimagen y buscan preferentemente sensaciones excitantes en su vida. En la misma línea, Booth, Koester y Pinto (1995) encontraron bajos niveles de autoconcepto en mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, lo cual se relaciona con el riesgo frente a la infección por el VIH no solo por el consumo de drogas sino también por las conductas sexuales de riesgo, entre ellas la prostitución; a su vez, los autores sugieren que es fundamental la inclusión del autoconcepto en las intervenciones que se realicen con las mujeres y principalmente las mujeres marginadas.

Como se puede observar el autoconcepto es una variable fundamental en los procesos de identificación de un individuo y sobre todo tiene una alta relación con la autoeficacia, las habilidades sociales, y en general, con las diferentes conductas que implican una relación con las otras personas, la cual se vea sometida a presiones por factores socioeconómicos, culturales, etc.; por tanto, los factores mencionados pueden ser de protección frente a la infección por el VIH o por el contrario su déficit puede contribuir a la emisión de conductas de riesgo frente al VIH.

### **5.7 Déficit en Autocontrol**

El autocontrol es una variable estudiada en diferentes contextos tanto educativo, como social y de la salud en relación a problemáticas del individuo como las adicciones y los comportamientos de riesgo. El autocontrol es definido como una conducta que surge a partir de un conflicto que está mediada por la cognición, y cuyo objetivo es determinar si se emite o no otra conducta (Capafóns, Castillejo, Gómez-Ocaña, Barreto, Aznar y Pérez, 1990). Por tanto, es fundamental incluirla en las investigaciones donde el control de ciertas conductas sean claves en la prevención de ciertas enfermedades como es la infección por el VIH. Diferentes autores plantean que las personas con bajo nivel de autocontrol tienden a emitir conductas de alto riesgo frente a la infección por el VIH (Trobst, Herbst, Masters y Costa, 2002).

Bandura (1978) establece que el individuo puede autocontrolarse en la medida que conozca su conducta, tenga claridad de sus niveles de respuesta conductual y maneje los refuerzos individuales ya sean físicos o sociales. De igual forma, menciona

que la conducta delictiva en los adolescentes está influenciada y relacionado con los aspectos académicos y con el afrontamiento de las presiones del grupo de pares, que coloca a los adolescentes en situaciones de riesgo frente a su salud (Bandura, Caprava, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia, 2001). A su vez, si una persona tiene un buen desempeño académico, habilidades de interacción adecuadas y logra afrontar las presiones sociales se distancia de la delincuencia (Garrido, Herrero y Masip, 2001).

El autocontrol sexual es una variable fundamental en la prevención por el VIH (Exner, Meyer-Bahlburg y Ehrhardt, 1992). Por tanto, las personas con bajo autocontrol están en riesgo frente a la infección por el VIH por tener relaciones sexuales sin protección, una actitud poco favorecedora para el uso del preservativo y mantener relaciones sexuales con parejas casuales (Eifler, 2004). En consecuencia, una de las variables fundamentales en los programas de prevención de la infección por el VIH es el autocontrol, en la cual los adolescentes logren ir adquiriendo mayores habilidades en el control de sus conductas sexuales en beneficio de su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el autocontrol no solo es útil en la prevención de las conductas sexuales de riesgo sino también en la prevención del consumo de drogas o en el control de la misma, teniendo en cuenta que el consumo es otra conducta de riesgo frente a la infección por el VIH (Sterk, 2002).

Por otro lado, se ha identificado la importancia del autocontrol en el uso del preservativo como estrategia de prevención de la infección por el VIH. El uso del preservativo femenino sería una estrategia de control de la mujer frente a su salud sexual previniendo las enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Kaler, 2004). En la misma línea, Bryan, Schindeldecker y Aiken (2001) encuentran que el autocontrol predice el uso del preservativo en la población estudiada, al igual, que las actitudes hacia el mismo lo que va a contribuir a que una persona asuma conductas de autocuidado en sus relaciones sexuales.

Kaler (2004) considera fundamental el rol de las mujeres en la salud sexual, teniendo en cuenta el desarrollo de habilidades de autocontrol, lo cual genera control en la mujer sobre su conducta sexual; una de las estrategias de prevención tanto de enfermedades de transmisión sexual, el VIH y embarazos es el uso del preservativo femenino. En la misma línea, realizaron un estudio con adolescentes entre los cuales se identificó una relación entre el no uso del preservativo y el bajo nivel de autocontrol, el consumo de sustancias psicoactivas y poca socialización en los hombres; mientras en

las mujeres se relacionaba más con poco soporte social (MacKellar et al., 2000). Igualmente, Winggod y DiClemente (1998) encontraron que las mujeres adolescentes que usaban consistentemente el preservativo presentaban altos niveles de autocontrol sexual, al igual que alta autoeficacia en el uso del preservativo y altos niveles de asertividad. Por tanto, los programas de prevención frente a la infección por el VIH deben evaluar previamente los comportamientos de riesgo y las conductas de protección de los adolescentes con el fin de diferenciar la intervención entre los que tienen conductas de riesgo y los que no para desarrollar habilidades diferenciales según el nivel de autocuidado.

Por tanto, la relevancia del autocontrol está en la posibilidad que tiene el individuo para decidir libremente sobre una situación a partir del control de los diferentes factores que pueden influir. Esto se sustenta en el planteamiento de que el logro de los objetivos de una persona se debe a la organización y el control que tiene sobre las situaciones y sobre sí mismo (Bermúdez, 2001). Este planteamiento es fundamental en la medida en que si se incrementa el autocontrol en los adolescentes, se puede no solo aplazar las relaciones sexuales sino también generar una serie de estrategias que permitan el autocuidado y la evitación del riesgo en las conductas sexuales y de consumo de drogas, siendo estos dos factores facilitadores de la infección por el VIH.

### **5.8 Déficit en habilidades sociales**

Las relaciones interpersonales se han considerado como un factor importante a tener en cuenta en lo relacionado con las dificultades de los adolescentes. Las habilidades sociales han sido definidas por Tapia (1998), como “comportamientos interpersonales complejos, verbales y no verbales, a través de los cuales las personas influimos en aquellos con los que interactuamos, obteniendo de ellos consecuencias favorables y suprimiendo o evitando efectos desfavorables” (p. 239).

En algunas investigaciones se establece que las relaciones sociales benefician algunos comportamientos de los adolescentes, por la influencia del entorno social donde se encuentran (Macintyre, Rutenberg, Brown y Karim, 2004). En la adolescencia se incrementan las socializaciones y es muy frecuente que los adolescentes desarrollen sus habilidades sociales en esta etapa, pero inicialmente se presentan dificultades de interacción, principalmente, el déficit se presenta en habilidades de oposición (Theron et

al., 1998). Este aspecto es fundamental en el momento de generar estrategias de negociación de todo tipo y principalmente en el cuidado de la salud en este caso la salud sexual y reproductiva, que implica el uso del preservativo (UNICEF, 2002).

Conceptos como el *capital social*, entendido este como el conjunto de valores y expectativas comunes de una red social determinada, ha sido investigado con relación a ciertas situaciones de salud como es el estado de salud (Kawachi, Kennedy y Glass, 1999); pero en relación a la posibilidad de considerarlo como un factor de protección frente a la infección por el VIH son pocos los estudios realizados. Crosby, Holtgrave et al. (2003) indican en su estudio que el capital social puede estar relacionado con las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias, como las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH; a su vez, que puede ser un factor de protección frente a la infección por el VIH. En la misma línea, Holtgrave y Crosby (2003) plantean la importancia del capital social como un posible predictor de las enfermedades de transmisión sexual, en la medida que permite identificar las ideologías de un grupo determinado sobre los comportamientos saludables o no.

ONUSIDA (1997) plantea que las influencias sociales, las habilidades de comunicación y negociación, las habilidades para identificar y decodificar mensajes son variables fundamentales en los comportamientos sexuales. Por tanto, Nangle y Hansen (1998) consideran fundamental la evaluación e intervención sobre las habilidades sociales en los adolescentes como estrategia de prevención frente a la infección por el VIH. De igual forma, Salazar et al. (2004) indican que la comunicación en pareja como una de las estrategias de prevención de la infección por el VIH; a su vez, el perder el miedo a la negociación del uso del preservativo, la frecuencia de la comunicación en pareja y la autoeficacia en la negociación en el uso del preservativo son fundamentales en la comunicación sobre las conductas de autocuidado sexual (Salazar et al., 2004).

Algunos autores que han evaluado diferencias en las habilidades de interacción según el sexo indican que las mujeres difieren de los hombres en los comportamientos y actitudes sexuales, ya que ellas prefieren la fidelidad y la comunicación en sus relaciones sexuales (Long y Ankrah, 1996). Otro factor de protección en las mujeres es el número de parejas sexuales que es inferior a la de los hombres (Giffin, 1998). Estos aspectos mencionados favorecen como medios de protección frente a la infección por el VIH en las mujeres, teniendo en cuenta su mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH. Sin embargo, las mujeres, principalmente las de más bajos ingresos



económicos, tienen mayor dificultad para tomar decisiones como es el uso del preservativo teniendo en cuenta el rol de sumisión que deben tener ante su pareja; exponiéndose a más riesgo no solo por un embarazo no deseado sino también por la probabilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual incluido el VIH (Faur, 2003).

Vanoss (1999) identifica como factores fundamentales el afrontamiento de las presiones sociales, las destrezas de comunicación y negociación y el establecimiento de límites sexuales personales. Los adolescentes hombres están más presionados por su grupo de iguales con relación a su masculinidad, lo cual los lleva a asumir comportamientos de riesgo en su primera relación sexual sin el uso del preservativo (Zamberlin, 2003). De igual forma, se establece que los adolescentes tienen déficit en habilidades de expresión, principalmente en el momento en que necesitan información para tomar decisiones o cuando están bajo presión (Bermúdez et al., 2000b). Por ejemplo, si no cuentan con un preservativo cuando van a tener una relación sexual no son capaces de aplazar la relación por temor a lo que piense la pareja o porque cree que no se volverá a presentar la oportunidad (Martín Carrasco y Martín López, 1997).

La interacción entre padres e hijos es un espacio en el cual los adolescentes pueden desarrollar habilidades de comunicación en relación a diferentes problemáticas. Bermúdez et al. (2000b) adaptaron al castellano una escala de comunicación entre padres e hijo adolescente, como una variable importante a evaluar para la identificación de factores de riesgo frente al VIH; principalmente para identificar el nivel de confianza entre padre e hijo en temáticas como el VIH, ya que los padres son una fuente importante de información y de interacción. En la misma línea, Lefkowitz, Romo, Corona, Kit-fong y Sigma (2000) consideran que la comunicación directiva de las madres con sus hijos adolescentes sobre el tema del SIDA genera en los adolescentes bajos conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA; por lo cual, las habilidades de comunicación con los padres son un factor que influye tanto en el conocimiento sobre el vih, las actitudes sobre las personas diagnosticadas de VIH y las habilidades sociales. Bermúdez et al. (2000a) mencionan la importancia de evaluar la comunicación entre padres e hijo con relación a la infección por el VIH/SIDA, teniendo en cuenta que influye en las conductas de protección que realicen los adolescentes. En las últimas investigaciones se ha identificado la relevancia de la comunicación entre madre e hija como estrategia de prevención de las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en las adolescentes (Aronowitz, Rennells y Todd, 2005).

Lederman y Mian (2003) diseñaron un programa preventivo con adolescentes y sus padres y encuentran que al desarrollar habilidades de comunicación sobre las enfermedades de transmisión sexual entre padres e hijos disminuye el riesgo frente a las ETS; y adicionalmente, fortalece la comunicación entre padres e hijos en temas relacionados con la sexualidad, manteniéndose esta comunicación a largo plazo. Por tanto, Aggleton y Warwick (2002) incluyen la modificación de estrategias educativas relacionadas con los soportes parentales para la prevención por el VIH, el establecimiento de soportes comunitarios y la educación no formal como otras estrategias educativas y preventivas frente a la infección por el VIH.

Otra variable que influye sobre las habilidades de negociación sobre el uso del preservativo es el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH (Miller y Whitaker, 2001; Norman y Carr, 2003). Al relacionar los conocimientos y las conductas sexuales en función de la Teoría Social, indican que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA influye en el establecimiento de un diálogo sobre el tema y la negociación en el uso del preservativo (Norman y Carr, 2003). Igualmente, los autores sugieren que se deben tener modelos teóricos que permitan una perspectiva mucho más amplia y completa frente a la infección por el VIH. De igual forma, Tapia-Aguirre et al. (2004) consideran que en las campañas educativas se deben fortalecer los conocimientos sobre la prevención del VIH entre los adolescentes, incluyendo el desarrollo de habilidades de negociación en el uso del preservativo; teniendo en cuenta que el uso es poco frecuente en los adolescente, posiblemente por los parámetros sociales de rechazo que existen frente al uso del preservativo en su entorno social. En la misma línea, se han relacionado las habilidades de comunicación sobre el preservativo con la percepción de riesgo frente a la infección por el VIH y la certeza de que el preservativo previene la infección por el VIH (Miller y Whitaker, 2001). De igual forma, Crosby et al. (2003) consideran que las intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades de negociación sobre el uso del preservativo en los adolescentes reducen el riesgo frente a la infección por el VIH.

Con base en lo anterior, es fundamental facilitar en el adolescente el desarrollo de habilidades de comunicación e interacción que le permita negociar el uso del preservativo y otro tipo de comportamientos de riesgo, como es el consumo de drogas (Macintyre et al., 2004; Martín Carrasco y Martín López, 1997). Igualmente, es importante no solo dar información sobre la sexualidad, las enfermedades de

transmisión sexual y el VIH, sino también generar una actividad en el cual los adolescentes puedan expresar, cuestionar y aclarar sus dudas de una forma abierta y lo más objetiva posible (Martín Carrasco y Martín López, 1997). Finalmente, Baker, Beadnell, Stoner, Morrison et al. (2003) comprobaron que el entrenamiento en habilidades sociales disminuye la probabilidad de infección por el VIH y tiene un efecto duradero de un año aproximadamente. A su vez, UNAIDS (2002) plantea que la educación por pares es una forma de prevención y educación frente a la infección por el VIH que ha tenido éxito; al igual que favorece el uso de un lenguaje común y el conocimiento del medio cultural del adolescente (Shuguang y Van de Ven, 2003). Por tanto, el desarrollo de habilidades para la vida permite que el adolescente pueda resolver los problemas que se le presenten, tomar decisiones y finalmente, lograr una realización personal (UNICEF, 2002).

A modo de conclusión, la inclusión de estrategias que permitan al adolescente desarrollar habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo frente a la infección por el VIH se considera fundamental en la reducción de dichas conductas de riesgo frente al VIH; y a su vez, contar con un grupo de referencia que se convierta en su red de apoyo (UNAIDS, 2002).

### **5.9 Búsqueda de sensaciones**

La búsqueda de sensaciones es definida como un rasgo de personalidad en el cual es necesaria la búsqueda de sensaciones y experiencias nuevas generen riesgo en diferentes niveles (físico, social, emocional, etc.) (Zuckerman, 1994), citado por Liebert y Spiegler, (2000). Kalisman (2002) define la búsqueda de sensaciones como la predisposición de las personas para experimentar estimulaciones sensoriales diferentes. Entre algunos instrumentos de evaluación de la búsqueda de sensaciones se encuentra la Escala de Búsqueda de Sensaciones Forma V elaborada por Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1978), que incluye la Búsqueda de Emociones y Aventuras (BEA) que se relaciona con los deportes y el riesgo físico; la Búsqueda de Experiencia relacionada con la necesidad de encontrar nuevas actividades y relaciones (BE); la Desinhibición (DES) en relaciones sexuales y el consumo de drogas y la Susceptibilidad hacia el Aburrimiento (SAP) que se relaciona con las rutinas que se generan en la vida diaria.

Zuckerman y Neeb (1980) se encontraron una relación entre la búsqueda de sensaciones y los hábitos que tienen las personas, estableciendo que la búsqueda de sensaciones influye sobre el establecimiento de hábitos. Entre las posibles explicaciones a la búsqueda de sensaciones en las personas se encuentran los niveles de hormonales (principalmente de testosterona) y la presencia de algunos neurotransmisores, los cuales influyen a su vez en la conducta agresiva y el impulso sexual (Zuckerman, 1994), citado por Liebert y Spiegler (2000). En diferentes investigaciones sobre factores psicosociales de riesgo frente a la infección por el VIH, se ha incluido como una de las variables importantes en la evaluación del riesgo frente al VIH/SIDA, la búsqueda de sensaciones, aunque generalmente ha sido relacionada con el consumo de drogas y las conductas sexuales.

La búsqueda de sensaciones principalmente se ha relacionado con el consumo de drogas o sustancias psicoactivas (Cárdenas y Moreno-Jiménez, 1989; Luengo, Otero-López, Romero y Gómez, 1996; Zuckerman et al., 1978); sin embargo, la búsqueda de sensaciones también se relaciona con las conductas sexuales, lo cual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH, al no tener estrategias de autocuidado en las conductas emitidas (Crawford et al, 2003; Jones, 2004; Kalichman, Cain, Zweben y Swain, 2003).

Las conductas sexuales de riesgo, es decir, el tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo está relacionado con un alto nivel en la búsqueda de sensaciones (Crawford et al., 2003). La búsqueda de experiencias o sensaciones nuevas han sido evaluadas en poblaciones como los homosexuales en las cuales se han relacionado las conductas de riesgo sexual (sin uso del preservativo) y el establecimiento de relaciones sexuales con personas desconocidas, obteniendo puntuaciones altas y una relación entre las variables (Gold y Skinner, 1992; Ostrow et al., 1997). De igual forma, es necesaria la desinhibición para lograr los niveles de excitación necesaria para la satisfacción de la búsqueda de emociones (Zuckerman y Myer, 1983). En la misma línea, en otro estudio encontraron un relación entre la búsqueda de sensaciones y las conductas sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA (Jones, 2004); el autor considera necesario incluir en las campañas educativas la búsqueda de sensaciones como una forma para promover la salud y tener las conductas necesarias de protección. Otros estudios indican que la impulsividad esta relacionada con el inicio de las relaciones sexuales, con el no uso del

preservativo y con la adquisición de diferentes enfermedades de transmisión sexual (Kahn, Kaplowitz, Goodman y Emans, 2002).

En diferentes investigaciones se ha establecido que la búsqueda de sensaciones está influye en el riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA. Entre esas investigaciones se puede mencionar la correlación significativa entre la búsqueda de sensaciones y en número de parejas sexuales de una persona (Fisher y Misovich, 1990 este es citado por Kalichman, Heckman y Kelly, 1996), las conductas sexuales de riesgo (Seal y Agostinelli, 1994) entre otras. De igual forma, se ha establecido que la búsqueda de sensaciones se relaciona o influye en el establecimiento de relaciones sexuales bajo el consumo de drogas (Leigh y Stall, 1993). Kalichman et al. (1996) encontraron una relación entre el consumo de drogas y la búsqueda de sensaciones y su influencia en las relaciones sexuales anales sin protección; por tanto, la búsqueda de sensaciones predice el consumo de drogas y las relaciones sexuales anales sin protección. En la misma línea, Lye Chng y Géliga-Vargas (2000) establecen que la búsqueda de sensaciones es un buen predictor para las relaciones sexuales anales sin protección, teniendo en cuenta que las personas con altas puntuaciones en la búsqueda de sensaciones tenían más tendencia a mantener relaciones anales sin protección y tener una percepción diferente del riesgo.

Otra característica las personas buscadoras de sensaciones es la forma ver la realidad, ya que no perciben el riesgo como negativo sino como algo que va a generar una nueva sensación y al igual que un rasgo impulsivo en su conducta al ser más sensibles a la novedad (Zuckerman (1994), citado por Liebert y Spiegler, (2000). Adicionalmente, las personas con alto nivel en la búsqueda de sensaciones tienen una percepción del riesgo diferente por lo cual los mensajes preventivos no les llega al no percibirse en riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA (Liebert y Spiegler, 2000). En diferentes investigaciones se han encontrado diferencias significativas en la búsqueda de sensaciones entre hombres y mujeres, siendo mayor la puntuación en los hombres (Chico Librán, 2000; Zuckerman, 1983; 1980). De igual forma, se ha establecido que estas diferencias puede deberse tanto a factores biológicos como de socialización (Chico Librán, 2000).

La relación entre el consumo de alcohol y drogas con la búsqueda de sensaciones, afecta sobre las conductas de protección frente al VIH/SIDA por la alteración de la conciencia, lo cual facilita las conductas sexuales de riesgo y la adopción de las estrategias necesarias para el uso adecuado del preservativo en las relaciones sexuales (Kalichman et al., 2003). Por otro lado, en otros estudios, se han

encontrado diferencias en los factores psicosociales de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA entre personas diagnosticadas del VIH que asisten a lugares donde se practica el intercambio sexual (por ejemplo saunas, cuartos oscuros), principalmente en la búsqueda de sensaciones, la depresión y la responsabilidad para no infectar de VIH a otras personas; es decir, las personas con alto nivel en la búsqueda de sensaciones tienden a ser irresponsables al no evitar infectar a otras personas (Parsons y Haikitis, 2002). Como se ha mencionado la búsqueda de sensaciones se ha relacionado principalmente con el consumo de drogas como el alcohol, de igual forma, autores como Kalichman (2002) plantea la presencia de un alto nivel en la búsqueda de sensaciones y el consumo de alcohol en personas diagnosticadas de VIH/SIDA y a su vez, se relacionaba con el no uso del preservativo en las relaciones sexuales. En otros estudios con personas diagnosticadas de VIH/SIDA que no usan el preservativo y consumen drogas tienen las puntuaciones más altas en impulsividad y la búsqueda de sensaciones comparado con otras personas que no son diagnosticadas de VIH (Schafer, Blanchard y Fals-Steward, 1994). A su vez, el uso del preservativo también ha sido relacionado con la búsqueda de sensaciones, encontrando que a mayor búsqueda de sensaciones menor es el uso del preservativo; la búsqueda de sensaciones es considerada como una característica de personalidad y un factor de predisponente para el no uso del preservativo (Schafer et al., 1994).

Con base en los planteamientos de los diferentes autores, la búsqueda de sensaciones tiene un componente biológico y hereditario importante y a su vez se ve influenciado por las condiciones del entorno en el cual se encuentran las personas. Existen diferentes tipos de experiencias o espacios en los cuales se pueden buscar sensaciones de variada intensidad, como son los deportes, los trabajos; sin embargo, otras situaciones no son tan beneficiosas como el consumo de drogas, el consumo de alcohol, las relaciones sexuales indiscriminadas que implican riesgo para la salud como lo plantea Zuckerman (1994), citado por Liebert y Spiegler, (2000).

Las campañas educativas y preventivas deben incluir otro tipo de variables que no solo sea de conocimientos y actitudes de los adolescentes frente al VIH/SIDA, sino también sensibilizar a las personas diagnosticadas del VIH/SIDA frente a su responsabilidad como potenciales difusores de la infección al no asumir conductas de protección frente al VIH (Crawford et al., 2003). De igual forma, otros autores plantean la importancia de incluir mayor motivación y emoción en las campañas publicitarias

teniendo en cuenta que la búsqueda de sensaciones es una variable que se puede utilizar de forma positiva para las campañas de autocuidado (Jones, 2004). Teniendo en cuenta que el alcohol es un medio para buscar sensaciones en personas jóvenes es importante reestructurar sobre su verdadero efecto y su relación con el riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA; y las diferentes intervenciones preventivas frente al VIH incluyan esta relación y el incremento de la probabilidad de infección por el VIH al combinar estas variables (Kalichman et al., 2003).

### **5.10 Trastornos psicopatológicos y la infección por el VIH/SIDA**

Diferentes autores han relacionado la presencia de trastornos psicopatológicos con el riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual como el VIH. Entre los principales trastornos se encuentran la depresión, el déficit en la autoestima y el déficit de autocontrol (Kowaleski-Jones y Mott, 1998). En la misma línea, se establece que la depresión en altos niveles es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH, no solo por no contar con un grupo de referencia que lo lleva a relacionarse indiscriminadamente y sin protección; sino también por la relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la baja motivación para el uso del preservativo principalmente en los adolescentes (Lucenko, Malow, Sánchez-Martínez, Jennings y Devieux, 2003). Paniagua et al. (1997a) incluye en sus investigaciones adolescentes con trastornos psicopatológicos como la depresión mayor, el trastorno bipolar, trastornos de adaptación y los trastornos emocionales y de conducta juntos. En otros estudios se indica que los problemas emocionales son un factor de riesgo frente a la infección por el VIH, al igual que la alta impulsividad y el control de situaciones de ansiedad y algunas características de personalidad (Trobst et al., 2002). De igual forma, Trobst et al. plantean que las personas que tienen problemas psicológicos presentan baja autoeficacia ante lo cual se incrementan las conductas de riesgo por no sentir que tienen la capacidad de manejar las situaciones.

Bermúdez et al. (2000c) indican que los adolescentes que presentan trastornos psicológicos tienen mayor riesgo frente a la infección por el VIH, al ser más susceptibles principalmente por la falta de control en las situaciones de riesgo a causa de sus afecciones psicológicas. En la misma línea, Klein (2004) considera que la depresión, el estrés y la adicción a las drogas son trastornos que favorecen la infección del VIH en

la medida que se asumen comportamientos de riesgo; principalmente, el autor hace énfasis en la importancia de intervenir en mujeres que consumen drogas, teniendo en cuenta que a la vez la incidencia de otros trastornos es alta. A su vez, otros de los trastornos psicológicos que se relacionan con el consumo de drogas en los adolescentes son la fobia social y la conducta antisocial, teniendo en cuenta su multicausalidad y la influencia en las diferentes áreas individuales y sociales del individuo, principalmente como conducta de riesgo frente a la infección por el VIH (Klein, 2004).

UNAIDS (2002) enfatiza en la vulnerabilidad de los adolescentes con conductas delictivas y antisociales frente a la infección por el VIH. Ladd y Petry (2003) indican que el trastorno de conducta antisocial es un factor de riesgo para la infección por el VIH teniendo en cuenta que en este tipo de trastornos es frecuente el consumo de sustancias psicoactivas y el incremento de los problemas psicosociales. Similarmente, Alves Peres et al. (2002) consideran que los adolescentes que están en la cárcel presentan altos niveles de conductas de riesgo relacionadas con el número de parejas sexuales que tienen, el uso inconsistente del preservativo y el uso de drogas inyectables. De igual forma, Dévieux et al. (2002) identifican a los adolescentes encarcelados con alta impulsividad como un grupo de alto riesgo para la infección por el VIH, no solo porque tienen relaciones sexuales sin protección y bajo el efecto de las drogas, sino también porque presentan baja autoeficacia en el uso del preservativo. Por tanto, los autores concluyen que la impulsividad está asociada con varios factores de riesgo frente a la infección por el VIH, siendo estos el consumo de drogas, las relaciones sexuales sin protección y la falta de autoeficacia en lo sexual, a pesar de tener altos conocimientos sobre la infección. De igual forma, se establece que los adolescentes con un alto nivel de búsqueda de sensaciones tienen tendencia al consumo de sustancias psicoactivas lo cual incrementa los riesgos que se asumen frente a las problemáticas sociales y de salud como la infección por el VIH (Haro Cortes et al., 2002). En otro estudio realizado con adolescentes encarcelados se ha identificado un mayor el riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA en esta población por la influencia de trastornos psicológicos y la influencias sexuales. Por tanto, la inclusión de programas preventivos frente al VIH/SIDA en la prisiones de adolescentes es fundamental con el fin de que se incremente la percepción de riesgo frente al VIH y a su vez se emitan conductas de protección frente al mismo (Robertson, Baird Thomas, Lawrence y Pack, 2005).



Por otro lado, Auslander et al. (2002) establecen que los adolescentes adoptivos presentan varias conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, principalmente por problemas psicológicos y abuso sexual. En los resultados de su estudio encuentran una asociación entre el abuso sexual, las conductas externas como la delincuencia, y las conductas internas como la ansiedad y la depresión, y el riesgo frente a la infección por el VIH. De igual forma, plantean que los adolescentes adoptivos con trastornos como personalidad límite están aun en mayor riesgo frente a la infección por el VIH. De igual forma, Vera-Villarroel et al. (2004) al realizar un estudio comparativo entre personas diagnosticadas y personas no diagnosticadas del VIH encuentran diferencias significativas en variables psicopatológicas como la ansiedad y depresión. Este resultado sugiere una posible relación entre los factores psicosociales y la infección por el VIH.

Kalichman (1998) establece los trastornos de personalidad como uno de los posibles factores de riesgo importantes para la infección por el VIH y ha encontrado rasgos relacionados con la falta de autocontrol, la conducta antisocial, los trastornos de ansiedad, entre otros. De igual forma, Realo y Goodwin (2003) consideran necesario no sólo evaluar la percepción de vulnerabilidad sino también las actitudes y los rasgos de personalidad. Yoder y Herrmann (2003) en una revisión realizada establecen como conclusión la importancia de incluir las características sociodemográficas, la personalidad y las experiencias pasadas como factores a tener en cuenta cuando se diseñen anuncios publicitarios; ya que son variables que influyen en el recuerdo de los anuncios preventivos. Otro estudio realizado por Walker y Gorsuch (2002) encontraron que la personalidad es un factor importante en la prevención del VIH, ya que se puede considerar como factor de riesgo al relacionarlo con neuroticismo y estabilidad emocional. Lucho y Jeri (2000) identifican como factor de riesgo para el VIH/SIDA la personalidad, partiendo de un estudio realizado con personas diagnosticadas de una ciudad peruana. Y establecen la importancia de dirigir las campañas preventivas a las poblaciones adolescentes con rasgos anormales de comportamiento. Los rasgos de personalidad con mayor porcentaje de incidencia en las personas diagnosticadas fueron el disocial, evitativo e inestable en hombres, y dependiente e inestable en mujeres.

Otro factor relevante es la impulsividad como un factor de riesgo frente al consumo de drogas, principalmente las ilegales como la cocaína, las drogas de síntesis, etc., y no se encontró la impulsividad como factor predictivo del consumo (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). En un estudio donde compararon consumidores de sustancias

psicoactivas y los que no, encontraron diferencias en el nivel de autocontrol aunque no fueran estadísticamente significativas, sin embargo, el nivel de autocontrol en los consumidores era bajo (Soskolne y Maayan, 1998). A su vez, en otro estudio con adolescentes encarcelados con alta impulsividad, se identifica como conductas de riesgo la impulsividad y el consumo de drogas que llevan a las relaciones sexuales sin protección. Los adolescentes con alta impulsividad se perciben en riesgo frente a la infección por el VIH y esto les genera más ansiedad comparado con los adolescentes con baja impulsividad (Dévieux et al., 2002). El autocontrol se ha relacionado con el consumo de drogas, lo cual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH (Graña y Muñoz-Rivas, 2000).

Por otro lado, se han incluido poblaciones poco estudiadas y que no se consideraban en riesgo frente a la infección por el VIH como son las personas con discapacidad física y/o mental. Reed et al. (1992) indican que las personas con dificultades de aprendizaje son una población en riesgo frente a la infección por el VIH, porque en muchas ocasiones dependen de otras personas y también porque son inseguros emocional y socialmente. Según el autor, aunque los adolescentes con dificultades de aprendizaje tienen altos niveles de conocimiento sobre la infección por el VIH, presentan conductas de riesgo como el poco uso del preservativo con sus parejas principalmente porque a sus parejas no les gusta usarlo y el 53,4% de los adolescentes es sexualmente activo. Adicionalmente, otros autores como Allen et al. (2003) incluyen una variable poco estudiada como es el abuso sexual el cual se da en el 21% de las adolescentes de este estudio y sin uso del preservativo. Por tanto, Reed et al. (1992) sugieren que la intervención preventiva sobre la infección por el VIH se debe centrar en brindarles a los adolescentes habilidades de autoprotección frente al VIH.

A modo de conclusión, el diagnóstico y la intervención en los trastornos psicológicos es fundamental en la prevención de la infección por el VIH; esta susceptibilidad se basa en el déficit en la autoeficacia, en el autocontrol, en la autoestima y en la vulnerabilidad psicológica. Por tanto, los adolescentes que presentan algún trastorno psicológico deben recibir información y formación sobre la infección por el VIH, con el fin de desarrollar habilidades de autocuidado en su salud sexual y reproductiva.

## **Capítulo 6. MODELOS TEÓRICOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA**

En la prevención se han propuesto diferentes planteamientos teóricos que permiten una aproximación a la comprensión del fenómeno de la promoción en salud. Diferentes autores han aportado desde teorías cognitivas, conductuales y sociales aspectos que se complementan y permiten diseñar intervenciones mucho más acordes a las necesidades y sobre todo desde una dimensión multifactorial. Alrededor de estos aportes se han diseñado modelos explicativos relacionados con la salud como son el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría del Aprendizaje Social, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo Transteórico de Cambio, el Análisis Funcional de la Conducta y el Modelo Precede, entre otros. La relevancia de los modelos en la infección por el VIH/SIDA radica en la posibilidad de integrar diferentes factores psicosociales que influyen en las conductas de riesgo frente al VIH y principalmente lograr identificar la relación entre alguno de ellos con el fin de tenerlos en cuenta en el diseño e implementación de programas preventivos frente a la infección por el VIH/SIDA. Como lo mencionan Earp y Ennett (1991) los modelos permiten una integración informativa y conceptual que permite orientar las líneas de investigación sobre un fenómeno a estudiar. Estos modelos se describen de forma resumida a continuación.

### **6.1 Modelo de Creencias de Salud**

El Modelo de Creencias de Salud es uno de los modelos iniciales en el cual se establece que las conductas de protección están en función de la percepción subjetiva que tenga el individuo hacia la enfermedad, la gravedad percibida de la enfermedad, las barreras percibidas por el individuo que puedan disminuir la disponibilidad de alternativas de solución y las señales de atención relacionada con los costes o beneficios que se pueden generar a partir de la modificación de conducta del individuo (Becker, 1974). Por tanto, la cognición tiene un papel fundamental en las conductas de protección y de igual forma en la intención de cambio de conducta, teniendo en cuenta

que el modelo enfatiza en diferentes factores psicosociales como la influencia del apoyo social, las expectativas y la toma de decisiones; es decir, que lo fundamental en los procesos que realizan los individuos es la percepción subjetiva que se tenga frente a un fenómeno (Rodríguez Marín, 1995).

Paéz, Ubillos, Pizarro y León (1994) plantean que la percepción de la gravedad de la enfermedad no necesariamente lleva a la emisión de conductas preventivas frente a la misma. Para tener un comportamiento saludable es fundamental que la persona sienta que está amenazada, se sienta susceptible a la situación o enfermedad y que la evaluación que realice sobre las ganancias de su conducta sean mayores que los costos que implica modificar su comportamiento; a su vez, debe existir un factor desencadenante para iniciar la conducta de protección (Rosentock, 1974 citado por Rodríguez Marín, 1995). Por tanto, la susceptibilidad, la severidad y el beneficio son conceptos claves en el autocuidado en salud. La susceptibilidad está determinada por el conocimiento previo de la existencia de la enfermedad; la severidad incluye la evaluación sobre el pronóstico de la enfermedad y las alternativas de control o cura sobre la enfermedad (Cabrera et al., 2001).

Con base en lo anterior, el modelo de creencias en salud ha sido incluido en investigaciones en las cuales los procesos perceptivos del individuo son fundamentales en la emisión de conductas protectivas frente a la enfermedad. Con relación a la infección por el VIH/SIDA, las creencias que tengan los individuos frente al VIH influyen en sus actitudes hacia las personas diagnosticadas y puede influir en sus conductas de protección en la medida que se perciban en riesgo frente a la infección por el VIH; de igual forma, este modelo es útil en la prevención del VIH/SIDA al complementarlo con otras intervenciones como la capacitación sobre el VIH y el refuerzo de conductas protectivas (Soto Mas, Lacoste Marín, Papenfuss y Gutiérrez León, 1997). A su vez, el aspecto fundamental del modelo y que sustenta la eficacia de un plan de intervención adecuado es el hecho de la posibilidad de modificación de las creencias y tener claro que estas son fundamentales en las conductas preventivas y están influenciadas por las características personales y sociales (Kirscht y Joseph, 1989).

## **6.2 Teoría de la Acción Razonada**

La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) enfatiza en la importancia de las creencias y las actitudes de las personas frente a un fenómeno para el cambio de conducta. A su vez, los autores incluyen como variable fundamental la norma subjetiva, es decir, la creencia percibida de una persona sobre el comportamiento adecuado en función de su grupo social de referencia. De igual forma, se fundamenta en la posibilidad de generar cambios en el comportamiento a partir de los cambios en la estructura cognitiva; aunque la conducta sea la misma entre dos personas pueden darse diferentes creencias o ideas para llegar a una misma conclusión sobre una situación determinada, siendo común los constructos teóricos y los procesos psicológicos que se realicen o utilicen (Fishbein y Middlestadt, 1989). Con base en lo anterior, cada persona puede considerar una conducta segura o no en función de sus creencias o ideas, de la evaluación de las consecuencias de su conducta y su norma subjetiva la cual está influenciada por la motivación que tenga para ejecutarla (Ajzen y Fishbein). Ajzen (2001) describe el funcionamiento de las actitudes y su influencia en las conductas de salud, señalando la importancia de la distancia entre la intención y la acción, aspecto fundamental en la conducta de autocuidado de los adolescentes frente a la infección por el VIH.

Con relación a la infección por el VIH se han realizado diferentes investigaciones en las cuales se tiene como referente conceptual a la Teoría de la Acción Razonada, en la cual han establecido la relación entre las creencias que una persona tenga sobre la infección por el VIH y la evaluación que realice sobre las consecuencias del mismo (Carpi Ballester y Breva Asensio, 1997; Estefani, 2001). Sin embargo, se encuentran limitaciones en la influencia de la información y las habilidades preventivas en las conductas preventivas (Cantón Chirivella, Sánchez Gombáu y Mayor Martínez, 1995).

Con base en los planteamientos anteriores, la Teoría de la Acción Razonada, permite predecir la intención de conducta de una persona en función de sus creencias, de su norma subjetiva y la motivación que tenga para su autocuidado. Es importante mencionar la importancia del contexto para la emisión de conductas saludables y la búsqueda de aprobación por parte del individuo en función de su grupo de referencia y la ponderación que le atribuye a cada persona para tomar decisiones sobre su comportamiento.

### **6.3 Teoría del Aprendizaje Social**

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) es una de las teorías en la que se tienen en cuenta elementos relacionados con las expectativas frente a las consecuencias de la conducta, la autoeficacia percibida y los refuerzos por los logros obtenidos relacionados con la salud. Su reflexión fundamental está en no considerar la autoeficacia como elemento único y suficiente en la prevención; consideran que también es necesario la información adecuada, las relaciones con las otras personas y el desarrollo de prácticas de autocuidado. Por tanto, esta teoría incluye dos variables fundamentales las expectativas de la persona sobre los resultados de su conducta y la percepción que tiene de su capacidad para emitir esa conducta; de igual forma, el ambiente social y físico van a influir en la formación y el reforzamiento de una creencia, principalmente por la influencia de los factores cognitivos en la observación e imitación a partir de un modelo social que sea significativo (Bandura, 1977). Con relación a la infección por el VIH y basándose en la Teoría de Aprendizaje Social, son fundamentales las intervenciones orientadas hacia la información, hacia el desarrollo de habilidades sociales y el autocontrol, el fortalecimiento de la autoeficacia y el fortalecimiento del apoyo social (Bandura, 1989). A su vez, la persona debe percibirse capaz de controlar sus motivaciones, su conducta y su ambiente social de referencia, disminuyendo la distancia entre el conocimiento y la acción (Bandura, 1989). Con relación al VIH, la persona debe desarrollar habilidades sociales para el afrontamiento de presiones sociales, y fortalecer su autoeficacia para controlar su vida sexual como una forma de protección frente a la infección por el VIH. Por tanto, los aspectos mencionados por Bandura son esenciales en los diferentes programas de prevención de la infección por el VIH/SIDA, teniendo en cuenta las variables que influyen en el comportamiento de una persona y en el mantenimiento de la misma.

### **6.4 Modelo Transteórico de Cambio**

El Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) establece una serie de fases para generar un cambio en la conducta, en las cuales se puede ubicar al individuo y así mismo generar estrategias según las características de esa fase. Las fases son precontemplación (no hay percepción del problema),

contemplación (hay percepción del problema y una intención de afrontarlo), la preparación (hay disposición para el cambio y se dan los primeros pasos para el mismo), la acción (hay cambios en la conducta y se realizan esfuerzos por realizarlos) y finalmente el mantenimiento de la conducta para evitar retroceder en los avances alcanzados. Por tanto, se debe tener en cuenta la disposición del individuo para modificar su conducta. El modelo ha sido poco utilizado en relación a la infección por el VIH/SIDA ya que principalmente se ha incluido en investigaciones relacionadas con drogas. Sin embargo, se han realizado investigaciones para evaluar la disponibilidad de la persona frente al uso del preservativo teniendo en cuenta las fases para el cambio de conducta (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997).

En relación con el consumo de drogas, el modelo ha facilitado en los terapeutas adaptar las diferentes estrategias de intervención en función de la fase de cambio de conducta (McWhirter, Florenzano y Souhbllette, 2002). Los autores han encontrado que a medida que se avanza en las fases del modelo, las personas se centran más en las ventajas de una conducta que en los pros de la misma, favoreciendo así el cambio de conducta.

### **6.5 Análisis Funcional de la Conducta**

Autores con una amplia gama de investigaciones en SIDA como Bayés (1990b) plantea el Análisis Funcional de la Conducta en la cual se ve el funcionamiento del comportamiento preventivo frente a las consecuencias del mismo, que en términos de gratificación e inmediatez. Siendo este un factor difícil de confrontar teniendo en cuenta que la relación sexual genera una satisfacción inmediata comparada con la utilización del preservativo que implica otros comportamientos y posiblemente la disminución del placer sexual. El objetivo fundamental es identificar las variables funcionales principales que al ser manipuladas generan una modificación en la conducta. Este análisis del comportamiento planea varios aspectos relevantes que influyen en los comportamientos de riesgo y que dificulta el diseño de estrategias preventivas frente a la infección por el VIH/SIDA. Entre los planteamientos a considerar son que la consecuencia placentera es inmediata a partir de la conducta de riesgo; la consecuencia nociva del comportamiento de riesgo se presenta a largo plazo; la no existencia de una contingencia entre una conducta de riesgo y la consecuencias negativas; la necesidad de

aplazar una consecuencia placentera para evitar la conducta de riesgo y finalmente, las consecuencias positivas de no emitir conductas de riesgo se van a recibir a largo plazo (Bayés, 1995).

Con base en lo anterior, al tener en cuenta los diferentes factores que influyen en la emisión de una conducta de protección frente al VIH/SIDA se pueden focalizar las intervenciones que se realicen y previamente evaluar las diferentes creencias y motivaciones de los adolescentes para su autocuidado.

## **6.6 Modelo Precede**

Finalmente uno de los modelos utilizados actualmente es el Modelo Precede establecido por Green, Kreuter, Deeds y Partridge (1980), en el cual se evalúan aspectos relacionados con variables predisponentes, facilitadoras y reforzantes con relación a la salud. Entre las variables predisponentes o internas se encuentran la información, las actitudes, los valores y las creencias; entre las variables facilitadoras se encuentran las habilidades, los recursos y el acceso a los recursos y permiten modificar la motivación; y las variables reforzantes relacionadas con las actitudes y comportamientos de las personas y los medios con los cuales tiene interacción el individuo que son recompensas. En este modelo se incorporan elementos de las otras teorías antes mencionadas. Cada una de estas variables incluye variables cognitivas, habilidades y las consecuencias de la conducta de forma correspondiente. Se han realizado diferentes investigaciones en las cuales el modelo se ha relacionado con la infección por el VIH/SIDA, permitiendo integrar las diferentes variables del Modelo Precede y a su vez, incluyendo otros factores mencionados en las teorías de modificación de comportamiento (Bimbela Pedrola y Gómez Rodríguez, 1994).

Con base en los planteamientos de los diferentes modelos se pueden identificar factores de protección frente a las diferentes situaciones a las que una persona se ve expuesta. Sin embargo, aún no es suficiente el número de estudios y las conclusiones a las que se llegan en los mismos (principalmente con relación a la infección por el VIH) y, por tanto, se hace necesario profundizar en otras variables no incluidas o poco estudiadas de los cuales dependen la emisión de conductas de prevención.



## **Capítulo 7. INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL**

### **7.1 Introducción**

En función de la revisión bibliográfica realizada sobre los factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH se concluye que el nivel de conocimiento, las actitudes, la percepción de riesgo y el autocontrol, entre otros son variables fundamentales en el estudio de la infección por VIH. A su vez, diferentes factores como la región geográfica, el sexo, la edad, el tipo de institución y el nivel de escolaridad influyen sobre las variables mencionadas. Por tanto, el objetivo general de esta investigación es la evaluación de los factores psicosociales de riesgo relacionados con la infección por el VIH en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los objetivos específicos de la presente investigación son:

1. Evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención y transmisión del VIH en adolescentes colombianos.
2. Evaluar los comportamientos de riesgo, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en adolescentes colombianos.
3. Analizar si existen diferencias significativas en los conocimientos, los comportamientos de riesgo, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia para el VIH en los adolescentes colombianos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.
4. Establecer si las variables psicopatológicas son un factor de riesgo psicológico para la infección por el VIH en los adolescentes colombianos.
5. Evaluar si existen diferencias significativas en las conductas de riesgo emitidas para la infección por el VIH en función de las habilidades sociales, el autocontrol, la búsqueda de sensaciones nuevas y el autoconcepto.

## **7.2 Hipótesis**

**Hipótesis 1.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (Conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) de los adolescentes colombianos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el tipo de institución educativa.

**Hipótesis 2.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones) de los adolescentes colombianos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el tipo de institución educativa.

**Hipótesis 3.** Existen diferencias significativas en las variables psicopatológicas (conducta antisocial, delictiva y rasgos psicopatológicos) de los adolescentes colombianos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el tipo de institución educativa.

**Hipótesis 4.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (conocimientos, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones y las psicopatológicas (conducta antisocial, delictiva y rasgos psicopatológicos) en función del nivel de riesgo sexual vaginal.

**Hipótesis 5.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones y las psicopatológicas (conducta antisocial, delictiva y rasgos psicopatológicos) en función del nivel de riesgo sexual anal.

**Hipótesis 6.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones y las psicopatológicas (conducta antisocial, delictiva y rasgos psicopatológicos) en función del nivel de riesgo sexual oral.

**Hipótesis 7.** Las variables cognitivo conductuales (conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones y las psicopatológicas (conducta antisocial,

delictiva y rasgos psicopatológicos) se relacionan con el nivel de riesgo sexual (vaginal, anal y oral).

**Hipótesis 8.** Las variables cognitivo conductuales (conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, autoconcepto, búsqueda de sensaciones y las psicopatológicas (conducta antisocial, delictiva y rasgos psicopatológicos) predicen el uso del preservativo o la conducta preventiva.

**Hipótesis 9.** Existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficacia) en función de los niveles de los rasgos psicopatológicos y las conductas antisocial y delictiva.

### **7.3 Variables**

#### 7.3.1 Variables Independientes

- 1.- Sexo (por selección)
- 2.- Región geográfica (por selección)
- 3.- Edad (por selección)
- 4.- Tipo de Institución Educativa (pública o privada) (por selección)
- 5.- Nivel de escolaridad
- 6.- Conducta sexual (por selección)

#### 7.3.2 Variables Dependientes

##### 1. Variables cognitivo-conductuales

- Conocimiento objetivo sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA
- Actitudes sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA
- Susceptibilidad frente a la infección por el VIH
- Autoeficacia frente a la infección por el VIH
- Autoconcepto
- Autocontrol
- Habilidades sociales
- Búsqueda de sensaciones

##### 2. Variables psicopatológicas

- Rasgos psicopatológicos
- Conducta antisocial y delictiva

#### 7.3.3 Variables Controladas

- Escolarización
- Salud física

## **7.4 Método**

### 7.4.1 Sujetos

La muestra esta compuesta por 2.206 adolescentes de los cuales 1.023 (46,5%) son hombres y 1.178 (53,4%) son mujeres. Las edades oscilan entre los 13 y los 18 años con una media de 15,17 y desviación típica de 1,47. La media de edad de las mujeres es 15,13 con una desviación típica de 1,42; y la media de edad de los hombres es 15,23 con una desviación típica de 1,526.

### 7.4.2 Instrumentos

#### - Cuestionario General

Uribe Rodríguez, Bermúdez y Buela-Casal (2005) diseñaron un cuestionario en el cual se incluían variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa, la zona, la jornada académica, el nivel de escolaridad, la región geográfica, el departamento, el municipio y el código de la institución, personas con las que vive actualmente el adolescente. De igual forma, se evaluaban algunos aspectos relacionados con la infección por el VIH como las fuentes de información sobre el VIH/SIDA, la transmisión y las formas de prevención del VIH.

#### - Escala VIH/SIDA – 65

Paniagua (1998) diseñó esta escala, la cual consta de 65 ítems que evalúan conocimiento correcto (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) sobre aspectos relacionados con la infección por el VIH/SIDA. El formato de respuesta para los ítems que evalúan conocimiento correcto e ideas erróneas es Verdadero-Falso-No sé. Para el resto de los ítems el formato de respuesta es Acuerdo-Desacuerdo-No sé. Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005) realizaron una adaptación al colombiano de la citada escala.

El análisis factorial realizado confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,79 para el instrumento.

- CVSA. Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa

El Ministerio de Salud de Colombia (1997) diseñó el cuestionario confidencial sobre la vida sexual activa para obtener información sobre la realización de determinadas conductas sexuales. Consta de un total de 27 preguntas, las primeras orientadas a recoger información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, estado civil, curso y estatus socioeconómico). El resto de las preguntas enfatizan en las relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, las formas de prevenir la infección por el VIH y la prueba de diagnóstico del VIH. El formato de respuesta es de opción múltiple y con respuestas “sí” o “no”, “todas las veces” “algunas veces” o “ninguna vez” dependiendo de la pregunta. Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,66 para el instrumento.

- CACIA. Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente (b)

Este cuestionario elaborado por Capafóns Bonet y Silva Moreno (1998) evalúa aspectos positivos y negativos del autocontrol, y a su vez tiene una escala de sinceridad. Consta de 89 preguntas con dos opciones de respuesta “sí” o “no”. Entre los aspectos positivos se encuentran tres escalas que corresponden a 50 preguntas, las escalas son la retroalimentación personal (21 ítems), el retraso de la recompensa (19 ítems) y el autocontrol criterial (10 ítems); en los aspectos negativos se encuentran 39 preguntas relacionados con el autocontrol procesual (25 ítems) y la escala de sinceridad (14 ítems). Del citado cuestionario se realizó la adaptación colombiana para utilizarlo en la presente investigación (Uribe, Bermúdez y Buena-Casal, 2005b). Igualmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,71 para el instrumento en general.

- AFA-Autoconcepto Forma - (A)

Este cuestionario, elaborado por Musitu, García y Gutiérrez (1991), evalúa el autoconcepto en adolescentes por medio de 36 ítems con tres opciones de respuesta: siempre, algunas veces y nunca. La evaluación incluye cuatro contextos como son el contexto académico (11 ítems), el contexto social (5 ítems), el contexto emocional (9 ítems) y el contexto familiar (6 ítems); adicionalmente incluyen 5 ítems que no tienen clasificación. De igual forma, para la calificación se debe tener en cuenta la calificación inversa de algunos ítems y se deben tener en cuenta los ítems sin clasificar para el análisis racional (Musitu et al., 1991). Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005a) realizaron una adaptación al colombiano de la citada escala. Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,70 para el instrumento en general.

- SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas

Derogatis (2002) elabora un instrumento que permite la identificación de síntomas psicopatológicos. Consta de 90 síntomas distribuidos en diez escalas: somatización (12 ítems), obsesión-compulsión (10 ítems), sensibilidad interpersonal (9 ítems), depresión (13 ítems), ansiedad (10 ítems), hostilidad (6 ítems), ansiedad fóbica (7 ítems), ideación paranoide (6 ítems), psicoticismo (10 ítems) y la escala adicional (7 ítems) adicionales. Se adaptó el lenguaje para garantizar la comprensión de los ítems por parte de los adolescentes (Bermúdez, Buela-Casal y Uribe, 2005c). Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,97 para el instrumento en general.

- A-D. Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas

Seisdedos (1995) incluye en este cuestionario dos subescalas la conducta antisocial (20 ítems) y la conducta delictiva (20 ítems). Las opciones de son “sí” o “no” frente a comportamientos relacionados con los comportamientos desviados. Del citado cuestionario se realizó la adaptación colombiana para utilizarlo en la presente investigación (Uribe, Bermúdez y Buela-Casal, 2005a). Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,90 para el instrumento en general.

- EHS. Escala de Habilidades Sociales (B)

La Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2002) esta compuesta por “33 ítems de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en sentido positivo” (p.9). Los ítems están distribuidos en seis subescalas: autoexpresión en situaciones sociales (8 ítems), la defensa de los propios derechos como consumidor (5 ítems), expresión de enfado y disconformidad (4 ítems), el Decir no y cortar interacciones (ítems), el hacer peticiones (5 ítems) y el iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (5 ítems). Bermúdez, Buena-Casal y Uribe (2005d) realizaron una adaptación al colombiano de la citada escala. Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,77 para el instrumento en general.

- Escala de Búsqueda de Sensaciones Forma V

Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1978) elaboraron la forma V de la Escala de búsqueda de sensaciones con la cual se pretende establecer relaciones entre el rasgo búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias psicoactivas. La escala está compuesta por 40 ítems que contienen dos opciones de respuesta la A o la B, según la elección del encuestado. De igual forma, los ítems se encuentra agrupados en cuatro subescalas: Búsqueda de Emociones y Aventuras (BEA) (10 ítems), Búsqueda de Experiencia (BE) (10 ítems), Desinhibición (DES) (10 ítems) y la Susceptibilidad hacia el Aburrimiento (SAP) (10 ítems). Para garantizar la comprensión de la escala por parte de los adolescentes se adaptó al colombiano (Uribe, Bermúdez y Buena-Casal, 2005c). Adicionalmente se realiza un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,70 para el instrumento en general.

### 7.4.3 Diseño Experimental

La investigación es de tipo descriptiva y cuasiexperimental. Según Montero y León (2002, 2005) se incluye en la categoría de cuasiexperimental “todos aquellos estudios que, aún teniendo el objetivo de contrastar una hipótesis de relación causal, tienen limitaciones -más o menos serias- para conseguirlo con éxito” (p. 608).



#### 7.4.4 Procedimiento

Con el fin de aplicar los instrumentos a la muestra seleccionada, se realizó en un primer momento la adaptación al colombiano de algunos instrumentos según las variables seleccionadas para la investigación.

##### 7.4.4.1 Fase de selección

Para la selección de la muestra en función del número de instituciones educativas necesarias en cada región de Colombia se utilizó el listado de instituciones educativas de Colombia del Dane (Dane, 2003) y se hizo la estratificación por la región geográfica (Atlántica, Pacífica, Andina, Orinoquía, Amazonía e Insular) según el número de instituciones educativas públicas y privadas; posteriormente, se distribuye proporcionalmente en cada Departamento y, finalmente, se realizó la selección aleatorizada (por medio de la tabla randomizada) de las instituciones educativas en cada uno de los Departamentos y se distribuyen en función de si es pública o privada, datos registrados en las listas de las instituciones educativas del Dane.

Seleccionada la institución educativa se realiza contacto telefónico con la misma para conocer si desean colaborar con la investigación. Si aceptaba se le enviaba un fax con la información de la investigación y el proceso a seguir y se acordaba una cita según el cronograma de viajes por ubicación geográfica planeada. El cronograma de viajes se organizó en función de las fechas asignadas por Departamentos y la disponibilidad de los medios de transporte. Con base en esto se daba una fecha aproximada a la institución, y un horario para la realización de la actividad. Se tiene en cuenta la jornada académica de la institución (mañana o tarde) para planear la cita.

Si la institución no aceptaba se realizaba la selección aleatoria para una nueva institución educativa. Después de la aceptación de la institución, se hablaba con la persona responsable en la institución educativa, se le indicaba la forma de selección de los adolescentes al azar (los números impares de la lista) y que cumplieran los criterios de inclusión (edades entre los 13 y 18 años, en los cursos académicos de octavo, noveno, décimo y undécimo); que los estudiantes seleccionados no deberían conocer el tema de investigación, solo que iban a participar en una investigación cuyo objetivo era

caracterizar a la población adolescente colombiana; los recursos de espacio físico para realizar la evaluación y la duración de la misma para la disposición de tiempo.

La realización de un proceso aleatorio estratificado para la selección de la muestra tanto por instituciones educativas como con los adolescentes se trata de garantizar la validez interna y externa de la investigación

#### 7.4.4.2 Fase de registro

Una vez seleccionada la muestra aleatoriamente en cada una de las instituciones educativas se aplicaron los instrumentos adaptados en cada uno de los grupos seleccionados siguiendo el mismo orden de aplicación: Escala VIH/SIDA-65, Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente, EHS, Autoconcepto Forma A, Cuestionario A-D, Cuestionario de Síntomas SCL-90R, Cuestionario Confidencial sobre vida sexual activa y Cuestionario de intereses y preferencias. Se dieron las instrucciones para todos los participantes según las indicaciones de los cuestionarios. La duración de la aplicación oscilaba entre 2 y 2 horas y media aproximadamente y se tenía un intermedio para no cansar a los participantes. La participación de los adolescentes era totalmente anónima y se le asignaba un número de identificación que era conocido solo por el investigador con el fin de dar un informe global por cada institución educativa. Para la participación de los estudiantes se utilizó el consentimiento informado firmado por el director o coordinador de la institución educativa como representantes de cada uno de los estudiantes participantes. Los beneficios para los participantes son el conocimiento de cada una de las variables evaluadas y una retroalimentación de cierre en las dos sesiones de aplicación en función de las inquietudes de los adolescentes.

### **7.5 Análisis de los datos**

Para cada una de las variables se utiliza la misma forma de análisis. En cada uno de los apartados se presenta una descripción general de la muestra y posteriormente, una descripción según las variables independientes. Para la presentación de los resultados sobre las variables cognitivo conductuales frente a la infección por el VIH/SIDA se

realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, del tipo de institución educativa, la edad y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos. De igual forma, se realiza un análisis correlacional entre las diferentes variables cognitivo conductuales con el fin de indicar relaciones entre las variables que se consideran más relevantes. Finalmente, se realiza un análisis de regresión lineal de las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo para identificar aquellas que predicen el uso del preservativo en los adolescentes colombianos. Todos estos análisis se realizan con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

## **7.6 Resultados**

Con el fin de presentar los resultados de la investigación de una manera organizada y comprensible, se establecen cuatro apartados: los resultados generales, la descripción de la conducta sexual de los adolescentes colombianos, los resultados de las variables cognitivo conductuales en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad; la correlación entre algunas variables cognitivo conductuales y la correlación entre las variables cognitivo conductuales y la conducta sexual; y por último, se realiza un análisis en función de los rasgos psicopatológicos teniendo en cuenta las variables conocimientos correctos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia. En cada uno de los apartados se presenta una descripción general de la muestra y, posteriormente, una descripción según las variables independientes. Para cada una de los apartados se utilizan diferentes formas de análisis. En primera estancia se realiza un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comprobar si existen diferencias en las variables evaluadas en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. De igual forma, se realiza una descripción de la conducta sexual de los adolescentes colombianos; posteriormente, para los resultados de

las variables cognitivo conductuales en función de las conductas sexuales de riesgo se realizaron análisis de varianza (ANOVA) correspondientes a diseños de un solo factor manipulado entre grupos a tres niveles (riesgo bajo, medio y alto) y cada una de las variables evaluadas. Seguidamente, se realiza un análisis correlacional entre las diferentes variables cognitivo conductuales con el fin de indicar relaciones entre las variables que se consideran más relevantes. Finalmente, se realiza un análisis de regresión lineal de las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo para identificar aquellas que predicen las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes colombianos. Todos estos análisis se realizan con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

### **7.6.1 Resultados generales**

La distribución de la muestra según las regiones geográficas de Colombia está representada en la Tabla 2, en dicha tabla se observa que el 45% son de la región Pacífica, el 34,6% de la región Andina, el 13,9% de la región Atlántica, el 4,5% de la Orinoquía y el 2% de la Insular; no se incluye la región de la Amazonía teniendo en cuenta que por los conflictos armados de la zona no se podía acceder a la misma. La distribución de la muestra según la edad representada en la Tabla 1, observándose que el 44,4% son adolescentes entre 15 a 16 años, el 36,1% de 13 a 14 años y el 19,3% son de 17 a 18 años. El 72,8% de los adolescentes pertenecen a la religión católica, un 12,7% no pertenece a ninguna religión y el resto de los adolescentes pertenecen a otras religiones como la evangélica, la judía, etc. El 83% de los adolescentes vive con su madre y de ese porcentaje, el 66% vive también con su padre. El 62,1% de los adolescentes viven con su padre, y de ese porcentaje el 89% vive también con su madre. El 64% de los adolescentes han recibido información sobre la transmisión del VIH y solo el 30% ha recibido información sobre la prevención del VIH. Las principales fuentes de información son las charlas en el colegio y los anuncios de televisión.

Tabla 1. Distribución de la muestra de adolescentes colombianos según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 a 14 años	794	36,1%
15 a 16 años	981	44,4%
17 a 18 años	427	19,3%
Perdidos	5	0,2%
Total	2.206	100%

Según las diferentes regiones geográficas se realiza una distribución en función de la edad, el sexo, el hábitat, el tipo de institución, el nivel de escolaridad, el nivel económico y la religión (Véase Tabla 2). El nivel socioeconómico de la población está establecida en función de los ingresos y la clasificación de los servicios públicos establecida por el gobierno nacional (Dane, 2002).

Tabla 2. Descripción de la muestra de adolescentes según las regiones geográficas de Colombia en función de la edad, el sexo, el hábitat, el tipo de institución, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico y la religión.

Variables	Regiones					Total
	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular	
Muestra	306	992	764	99	45	2.206
Porcentaje	13,9%	45%	34,6%	4,5%	2%	100%
<b>Edad</b>						
- Media	15,09	15,07	15,37	14,85	15,49	15,17
- Desviación típica	1,33	1,57	1,39	1,22	1,29	1,47
<b>Sexo</b>						
- Varones	42,2%	49,2%	44,8%	49,5%	37,8%	46,5%
- Mujeres	57,8%	50,8%	55,2%	50,5%	62,2%	53,5%
<b>Hábitat</b>						
- Urbano	85,9%	100%	99,7%	46,5%	100%	95,6%
- Rural	14,1%	0%	0,3%	53,5%	0%	4,4%
<b>Tipo de institución</b>						
- Pública	89,2%	79,6%	67,7%	100%	0%	76,1%
- Privada	10,8%	20,4%	32,3%	0%	100%	23,9%
<b>Nivel de escolaridad</b>						
- Octavo	3,6%	27,2%	11,6%	17,2%	0%	17,5%
- Noveno	32,7%	22,6%	25,1%	45,5%	51,1%	26,5%
- Décimo	46,7%	17,6%	33,2%	32,3%	24,4%	27,9%
- Undécimo	17%	32,6%	30%	5,1%	24,4%	28,1%
<b>Nivel socioeconómico</b>						
- Estrato 1	15,1%	4,2%	5,2%	7,1%	4,4%	6,2%
- Estrato 2	41,3%	23,7%	38,4%	48,5%	17,8%	32,2%
- Estrato 3	31,1%	57,2%	45%	42,4%	60%	48,8%
- Estrato 4	11,5%	12,8%	7,7%	2%	15,6%	10,4%
- Estrato 5	0,7%	1,6%	2,6%	0%	2,2%	1,8%
- Estrato 6	0,3%	0,4%	1%	0%	0%	0,6%
<b>Religión</b>						
- Ninguna	13,8%	15,4%	11,4%	11,1%	6,7%	13,5%
- Católica	71,1%	69,8%	78,1%	76,8%	68,9%	73,1%
- Judía	0,3%	0,7%	0,7%	0%	0%	0,6%
- Mormon	0,3%	0,6%	0,5%	0%	0%	0,5%
- Musulmana	0,3%	0,8%	0,1%	0%	0%	0,5%
- Evangélica	8,2%	5,7%	4,7%	6,1%	6,7%	5,7%
- Otras	3,9%	6,9%	4,1%	5,1%	13,3%	5,6%

### **7.6.2 Resultados de la conducta sexual de los adolescentes colombianos**

Para la presentación de los resultados sobre las conductas sexuales de los adolescentes colombianos se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, del tipo de institución educativa, la edad y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos. Para este análisis se tiene en cuenta la edad de inicio de las relaciones sexuales, el tipo de prácticas sexuales (sexo vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el consumo de drogas, la historia de enfermedades de transmisión sexual y el número de parejas sexuales.

De la muestra estudiada, el 35% de los adolescentes ha tenido relaciones sexuales. La edad media de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es de 13,74 y la desviación estándar de 4,77. Las medias y las desviaciones típicas de la variable medida inicio de las relaciones sexuales en función del sexo, la edad y el nivel de escolaridad se recogen en las Tabla 3, Tabla 4 y Tabla 5. Una representación gráfica de las puntuaciones medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 1, Gráfica 2 y Gráfica 3. El análisis realizado de la edad de inicio indica diferencias significativas en función del sexo  $F_{(2,769)}=10,571$ ;  $MSE=22,137$ ;  $p<0,000$ , la edad  $F_{(2,770)}=18,959$ ;  $MSE=21,670$ ;  $p<0,000$  y el nivel de escolaridad  $F_{(4,770)}=8,949$ ;  $MSE=21,898$ ;  $p<0,000$ . Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se establece que las relaciones sexuales se inician con anterioridad en los varones que en las mujeres, a menor nivel de escolaridad y menor de edad (Véase Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5 y Tabla 7). No existen diferencias significativas en la edad de inicio de las relaciones sexuales en función de la región geográfica, ni el tipo de institución educativa (Véase Tabla 6).

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función del sexo.

Sexo	Media	Desviación Típica
Varones	13,24	5,00
Mujeres	14,57	4,22

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función de la edad.

Edad	Media	Desviación Típica
13 a 14 años	12,08	6,47
15 a 16 años	13,86	3,45
17 a 18 años	14,87	4,50

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Media	Desviación Típica
Octavo	12,49	8,88
Noveno	12,71	3,67
Décimo	13,76	4,06
Undécimo	14,82	4,10

Tabla 6. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la edad de inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes colombianos en función del sexo, la región geográfica, el sexo, la edad, el tipo de institución y el nivel de escolaridad.

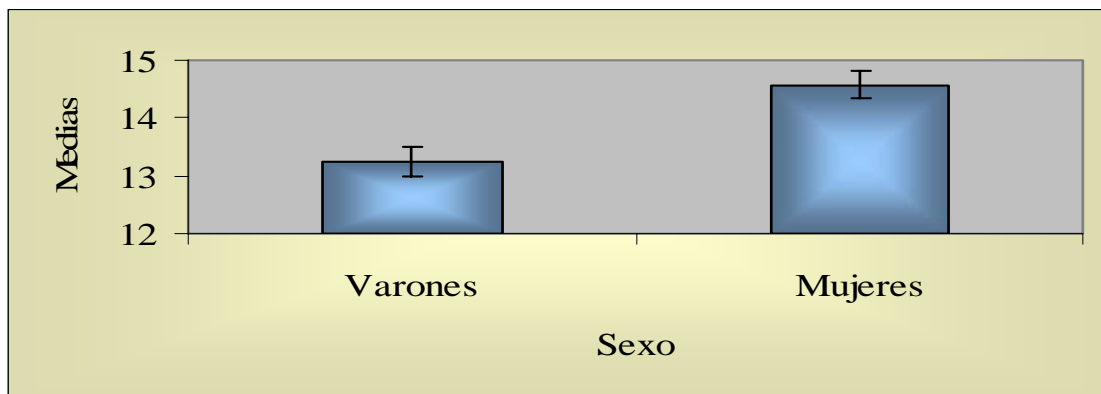
Variables sociodemográficas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Sexo	2	234,016	10,571	0,000
Región geográfica	4	4,603	0,202	0,937
Tipo de institución	1	0,084	0,004	0,952
Edad	2	410,839	18,959	0,000
Nivel de escolaridad	4	195,960	8,949	0,000



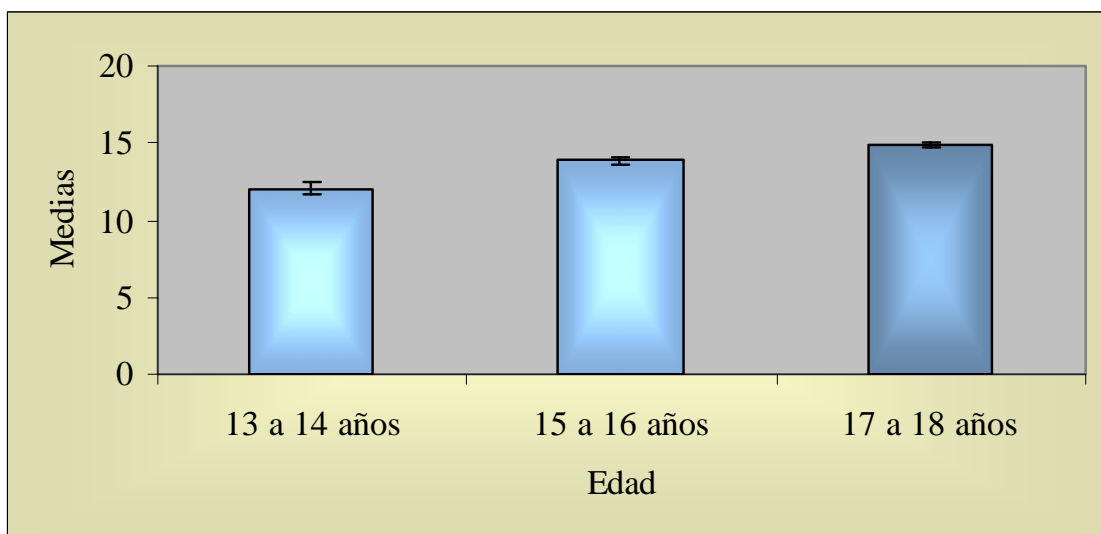
Tabla 7. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables inicio de la conducta sexual y la edad.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,000
15 a 16 años			0,010
17 a 18 años			

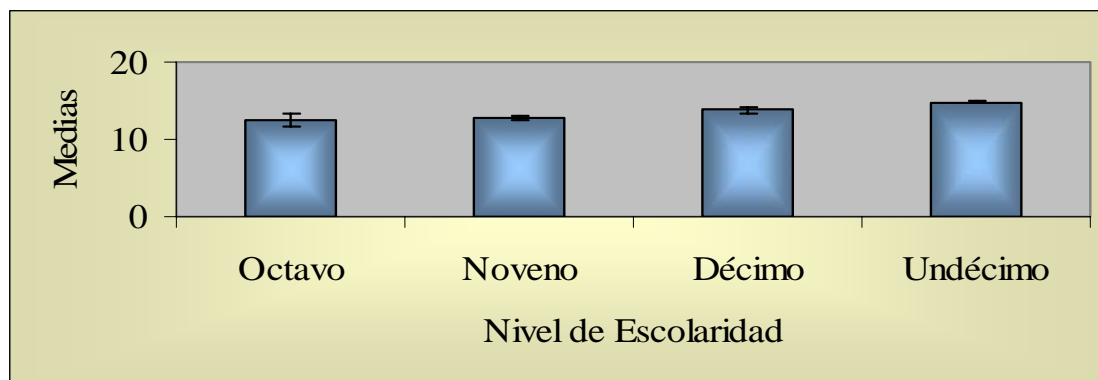
No se puede realizar análisis post-hoc ya que la prueba robusta de homogeneidad de varianza en función del nivel de escolaridad es significativa, lo cual no indica homogeneidad de varianza.



Gráfica 1. Medias de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función del sexo.



Gráfica 2. Medias de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función de la edad.



Gráfica 3. Medias de la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Con relación a las prácticas sexuales realizadas por los adolescentes el 32,9% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales vaginales, el 14,1% de los adolescentes ha practicado el sexo oral y el 7,9% de los adolescentes ha tenido sexo anal. Entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales el 37,9% usó el preservativo en su primera relación sexual comparado con un 62,1% que no usó el preservativo.

Tabla 8. Frecuencia del uso del preservativo en la primera relación sexual en función del sexo.

	Sexo			
	Varones		Mujeres	
Uso preservativo	Fi	%	Fi	%
Si	185	34,71	137	43,49
No	348	65,29	178	56,51

El 61,4% de los adolescentes que ha tenido relaciones sexuales, han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. De los adolescentes que tuvieron relaciones vaginales durante los últimos 12 meses el 35,5% usó todas las veces el preservativo, el 42,9% lo usó algunas veces y el 21,6% no lo usó nunca.

Durante los últimos 12 meses, el 29,9% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales orales, de los cuales el 15,5% usó el preservativo todas las veces, el 23,3% usó el preservativo algunas veces y el 61,2% no usó el preservativo. De igual forma, el 15,7% de los adolescentes ha tenido relaciones sexuales anales, de los cuales el 29,6% usaron el preservativo todas las veces, el 32% lo usó algunas veces y el 38,4%

no lo ha usado ninguna vez. Con relación a sí en los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con la misma persona o con más de una, el 29,3% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales con más de una persona. La media del número de personas diferentes con las cuales han tenido relaciones sexuales es de 3,25 y una desviación típica de 5,11.

Tabla 9. Distribución del número de parejas sexuales que han tenido los adolescentes colombianos.

No. Parejas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	23	7,99	7,99
1	75	26,04	34,03
2	66	22,92	56,94
3	58	20,14	77,08
4	21	7,29	84,38
5	19	6,60	90,97
6	5	1,74	92,71
7	5	1,74	94,44
8	1	0,35	94,79
11	1	0,35	95,14
12	2	0,69	95,83
13	1	0,35	96,18
14	1	0,35	96,53
15	2	0,69	97,22
17	1	0,35	97,57
18	4	1,39	98,96
22	1	0,35	99,31
44	1	0,35	99,65
56	1	0,35	100

En cuanto a la orientación sexual, el 89,7% de los adolescentes han tenido relaciones con personas de otro sexo, el 9,2% con personas del mismo sexo y el 1,1% con personas de ambos sexos. El 56,1% de los adolescentes han usado el preservativo en su última relación sexual. Las razones por las que no han usado el preservativo son porque a su pareja le disgusta usarlo (19,9%), porque su pareja se negó a usarlo (4,1%), porque le resulta difícil hablar del uso del preservativo (6,4%), porque confía en la persona con la cual tuvo la relación sexual (33%), porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona (21,1%), porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas (2,3%), porque era difícil conseguirlo en ese momento (12,3%), por el afán del momento (16,4%) y porque no sabe usar el condón (2,3%). El 24,3% de los adolescente que han tenido relaciones sexuales las han tenido bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

De este grupo de adolescente, el 53% ha consumido alcohol, el 12,2% marihuana, el 4,5% cocaína, el 5,1% bazuco, el 6,4% tranquilizantes, el 8,3% alucinógenos, el 1,9% heroína y el 4,5% inhalantes.

Entre los comportamientos para evitar la infección por el VIH que han realizado o emitido los adolescentes que han tenido relaciones sexuales se encuentran el tener relaciones sexuales con la misma persona (71,1%), usar el preservativo (67,8%), conversar sobre el riesgo de contraer el virus (54,8%), acordar el uso del preservativo con la persona que tiene relaciones sexuales (65%). Con relación al examen clínico para diagnosticar el VIH, el 94,6% de los adolescentes no se ha realizado la prueba de diagnóstico. De los adolescentes que se han realizado la prueba el 54,8% recibió la asesoría antes de realizarse la prueba para el VIH. Durante los últimos 12 meses, el 2,2% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales han tenido una enfermedad de transmisión sexual y el 9,2% no sabe si ha tenido o tiene una enfermedad de transmisión sexual. De los que han tenido una enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses, el 35,3% no hicieron nada por curarla, el 23,5% consultó en una farmacia, el 35,3% consultó con un profesional, el 11,8% consultó con un amigo y el 17,6% se autorecetó.

### **7.6.3 Resultados de las variables cognitivo conductuales (los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes positivas, negativas y neutras, la susceptibilidad, la autoeficacia, el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones, los rasgos psicopatológicos y las conductas antisocial y delictiva) en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.**

Para la presentación de los resultados sobre las variables cognitivo conductuales frente a la infección por el VIH/SIDA se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la

diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos. Las variables incluidas como cognitivo conductuales son los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH. De igual forma, se incluyen el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones y las variables psicopatológicas (rasgos psicopatológicos y conductas antisocial y delictiva).

7.6.3.1. Resultados de las variables cognitivo conductuales (los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes positivas, negativas y neutras, la susceptibilidad y la autoeficacia) frente a la infección por el VIH en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

7.6.3.1.1. Resultados descriptivos de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positiva, negativa y neutra), la susceptibilidad y la autoeficacia de los adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las subescalas de la Escala VIH/SIDA-65. Se calcularon las puntuaciones mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 10). Posteriormente, con base en la desviación típica se establecieron diferentes niveles en cada una de las escalas: el nivel bajo se estableció a partir de la media menos una desviación típica, el nivel alto se estableció a partir de una media más una desviación típica, y los intermedio entre esos rangos eran los de nivel medio. A partir de estos rangos se calcularon los porcentajes de cada uno de los niveles de cada una de las variables (Véase Tabla 11).

Tabla 10. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Conocimiento correcto	6	20	16,08	2,66
Ideas erróneas	0	14	1,85	2,15
Actitud positiva	0	5	3,79	1,18
Actitud negativa	0	5	1,42	1,17
Actitud neutra	0	5	1,94	1,02
Susceptibilidad	0	5	3,40	1,16
Autoeficacia	0	5	3,63	1,09

Tabla 11. Frecuencia y porcentajes de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos.

Escalas	Niveles					
	Bajo		Medio		Alto	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Conocimiento correcto	366	16,58%	1.404	63,62%	437	19,80%
Ideas erróneas			1.957	88,67%	250	11,33%
Actitud positiva	391	17,72%	1.003	45,45%	813	36,84%
Actitud negativa	493	22,34%	1.345	60,94%	369	16,72%
Actitud neutra	43	1,95%	1.574	71,32%	590	26,73%
Susceptibilidad	447	20,25%	1.306	59,18%	454	20,57%
Autoeficacia	318	14,41%	1.376	62,35%	513	23,24%

Como se observa en la Tabla 11 se puede establecer que los adolescentes colombianos se encuentran principalmente en un nivel medio y alto en la mayoría de las subescalas, existiendo en un porcentaje menor al 23% en el nivel bajo. El porcentaje de acierto en los ítems de conocimiento correcto oscila entre el 98,1% y el 55,4% en función de la región, la edad y el sexo. Los ítems sobre los que el porcentaje de acierto fue más bajo se relacionan con la posibilidad de que una persona pueda ser portadora del VIH sin desarrollar la enfermedad (ítems 28 y 27); de igual forma, el 61,2% de los

adolescentes cree que el SIDA no tiene cura. Con relación a los mecanismos de transmisión, más del 95% de los adolescentes considera que las trabajadoras sexuales y los consumidores de drogas están en alto riesgo para contraer el VIH; sin embargo, solo el 78% de los adolescentes considera que a través de la penetración anal se puede contraer el VIH, y que el 86,2% de los adolescentes considera que el semen puede transmitir el VIH.

Entre las principales ideas erróneas que presentan los adolescentes colombianos se encuentran el considerar que existe un tratamiento médico para prevenir la transmisión del VIH (34,3%), la posibilidad de infección del VIH por los baños públicos (24,5%), por compartir un vaso con una persona diagnosticada de VIH (18,3%), por medio del estornudo de una persona diagnosticada de VIH (16,9%) y por compartir cuchillos con una persona diagnosticada de VIH (15,7%).

Con relación a las actitudes positivas, el 98,9% de los adolescentes colombianos considera importante que se den clases sobre comportamiento y salud, el 71,1% considera que las personas diagnosticadas de VIH/SIDA pueden utilizar el autobús, vivir en unidades residenciales (58,6%) y pueden asistir a clases (75,8%).

Entre las principales actitudes negativas de los adolescentes colombianos se encuentran el compartir el mismo baño y vestuario con una persona diagnosticada de VIH/SIDA (60,2%). El 33,2% de los adolescentes colombianos considera que se está invirtiendo demasiado en el SIDA en comparación con otras enfermedades. El 22,3% de los adolescentes colombianos considera que las personas diagnosticadas de VIH/SIDA deben ser aisladas del resto de las personas por seguridad.

Con base en las actitudes neutras, para el 36,7% de los adolescentes colombianos resulta difícil comprar un preservativo, el 27,2% considera que el sexo no es tan placentero cuando se usa un preservativo, el 26,8% manifiesta que parar el acto sexual para colocarse un preservativo es menos divertido; de igual forma, el 92,4% piensa que es importante usar el preservativo en cada relación sexual.

Otra variable fundamental en el estudio del riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA es la susceptibilidad. El 24,4% de los adolescentes colombianos consideran que no son el tipo de persona que pueda infectarse por el VIH/SIDA, sin embargo, al 91,2% le preocupa contraer el VIH; de igual forma, el 42,3% cree que puede contraer el VIH y el 10,6% considera que solo los varones homosexuales deberían preocuparse por el VIH.

Con relación a la autoeficacia, el 93% de los adolescentes colombianos se consideran capaces de pedirle a su pareja sexual que use el preservativo; el 53,6% se creen capaces de conseguir condones fácilmente; el 82,8% se siente capaz de preguntarle a su pareja si ha tenido relaciones sexuales con una persona que ejerza la prostitución; el 44% considera que le contaría a su pareja si tuvieran una relación bisexual; y el 89,3% se sienten capaces de llevar un preservativo por si tienen relaciones sexuales.

7.6.3.1.2. Resultados de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia se recogen en la Tabla 12. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 4. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en el conocimiento correcto  $F_{(4,2102)}=8,297$ ;  $MSE=7,010$ ;  $p<0,000$ , en la actitud negativa  $F_{(4,2165)}=7,587$ ;  $MSE=1,359$ ;  $p<0,000$ , en la actitud neutra  $F_{(4,2165)}=7,314$ ;  $MSE=1,022$ ;  $p<0,000$ , en la susceptibilidad  $F_{(4,2163)}=2,811$ ;  $MSE=1,189$ ;  $p<0,024$  y en la autoeficacia  $F_{(4,2181)}=4,042$ ;  $MSE=1,189$ ;  $p<0,003$  (Véase Tabla 13). El análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM permite encontrar diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de la región Andina, la Orinoquía y la Pacífica, siendo mayor el conocimiento en la Orinoquía, y los adolescentes de la región Pacífica son los que menos conocimiento correcto tienen. Aunque la puntuación de la región Insular es mayor en el conocimiento correcto no existen diferencias mínimas significativas (Véase Tabla 14). Con relación a la actitud negativa se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Insular y las otras regiones, siendo mayor la actitud negativa en la región Insular (Véase Tabla 15). De igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en la actitud neutra entre los adolescentes de la región Insular y las otras regiones, siendo mayor la actitud neutra en la región Insular. Entre las otras regiones no se encontraron diferencias mínimas significativas (Véase Tabla 16). A su vez, se encontraron diferencias mínimas significativas en la susceptibilidad entre los



adolescentes de la Orinoquía y las otras regiones, siendo mayor la susceptibilidad en la Orinoquía. Entre las otras regiones no se encontraron diferencias mínimas significativas (Véase Tabla 17). Con relación a la autoeficacia se encuentran diferencias mínimas significativas entre las regiones Insular y Atlántica, siendo mayor la autoeficacia en la región Insular. La región Pacífica presenta diferencias mínimas significativas en comparación con la región Atlántica y Andina (Véase Tabla 18). No se encuentran diferencias significativas en las ideas erróneas y en la actitud positiva en función de la región.

Tabla 12. Medias y desviaciones típicas de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función de la región.

Escala	Regiones									
	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,59	2,39	15,90	2,74	15,98	2,69	16,19	2,35	17,70	1,89
Ideas erróneas	1,74	1,77	1,99	2,37	1,77	2,06	1,72	1,88	1,40	1,21
Actitud positiva	3,66	1,20	3,79	1,21	3,81	1,13	3,95	1,11	4,11	1,02
Actitud negativa	1,52	1,22	1,40	1,17	1,32	1,12	1,65	1,07	2,18	1,49
Actitud neutra	1,87	0,97	1,96	1,01	1,91	1,04	1,78	0,84	2,68	1,08
Susceptibilidad	3,29	1,13	3,39	1,16	3,40	1,14	3,73	1,25	3,31	1,18
Autoeficacia	3,47	1,16	3,72	1,07	3,57	1,09	3,65	1,08	3,82	0,68

Tabla 13. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la región.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	4	58,162	8,297	0,000
Ideas erróneas	4	9,549	2,070	0,082
Actitud positiva	4	3,173	2,270	0,059
Actitud negativa	4	10,308	7,587	0,000
Actitud neutra	4	7,478	7,314	0,000
Susceptibilidad	4	3,771	2,811	0,024
Autoeficacia	4	4,804	4,042	0,003

Tabla 14. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones de Colombia y conocimiento correcto.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,001	0,200	0,009
Pacífica			0,532	0,313	0,000
Andina				0,474	0,000
Orinoquía					0,002
Insular					

Tabla 15. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones de Colombia y actitud negativa.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,113	0,012	0,343	0,000
Pacífica			0,169	0,043	0,000
Andina				0,009	0,000
Orinoquía					0,013
Insular					

Tabla 16. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones de Colombia y actitud neutra.

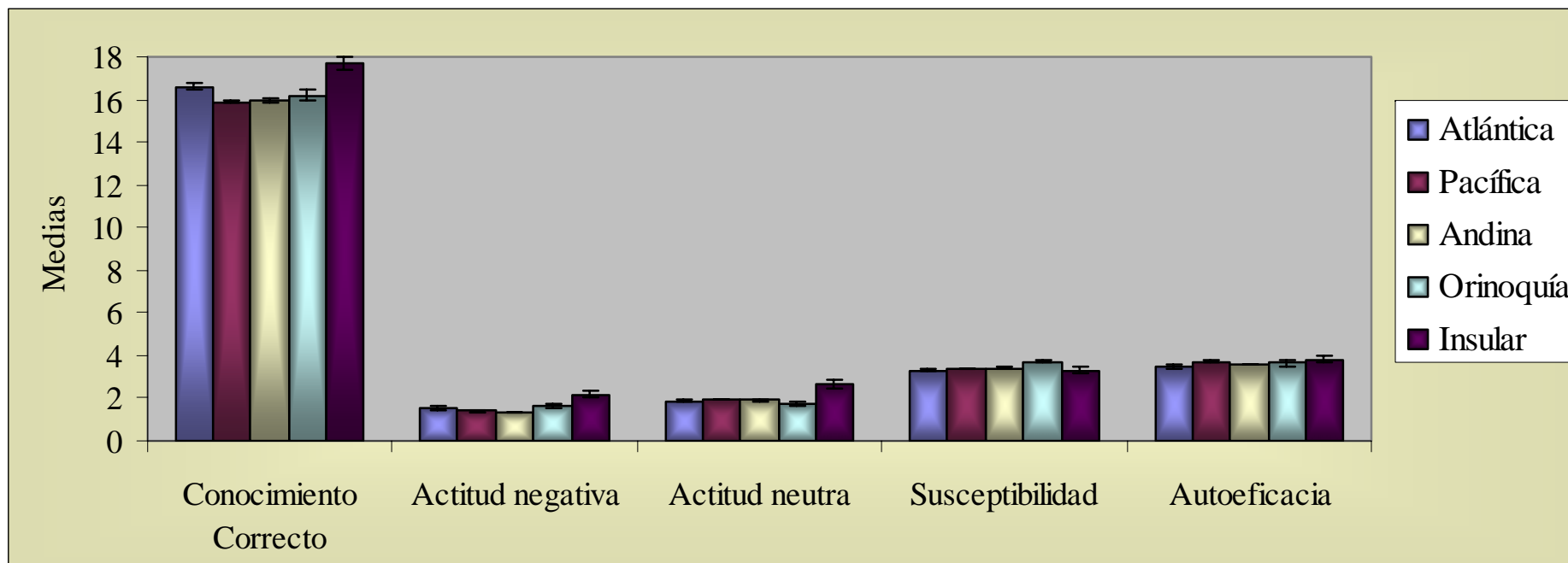
	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,154	0,515	0,457	0,000
Pacífica			0,307	0,088	0,000
Andina				0,222	0,000
Orinoquía					0,000
Insular					

Tabla 17. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones de Colombia y susceptibilidad.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,167	0,150	0,001	0,925
Pacífica			0,888	0,006	0,618
Andina				0,008	0,589
Orinoquía					0,041
Insular					

Tabla 18. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones de Colombia y autoeficacia.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,001	0,168	0,151	0,046
Pacífica			0,006	0,572	0,545
Andina				0,497	0,144
Orinoquía					0,398
Insular					



Gráfica 4. Medias de los conocimientos correctos, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función de la región.

7.6.3.1.3. Resultados de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función del sexo.

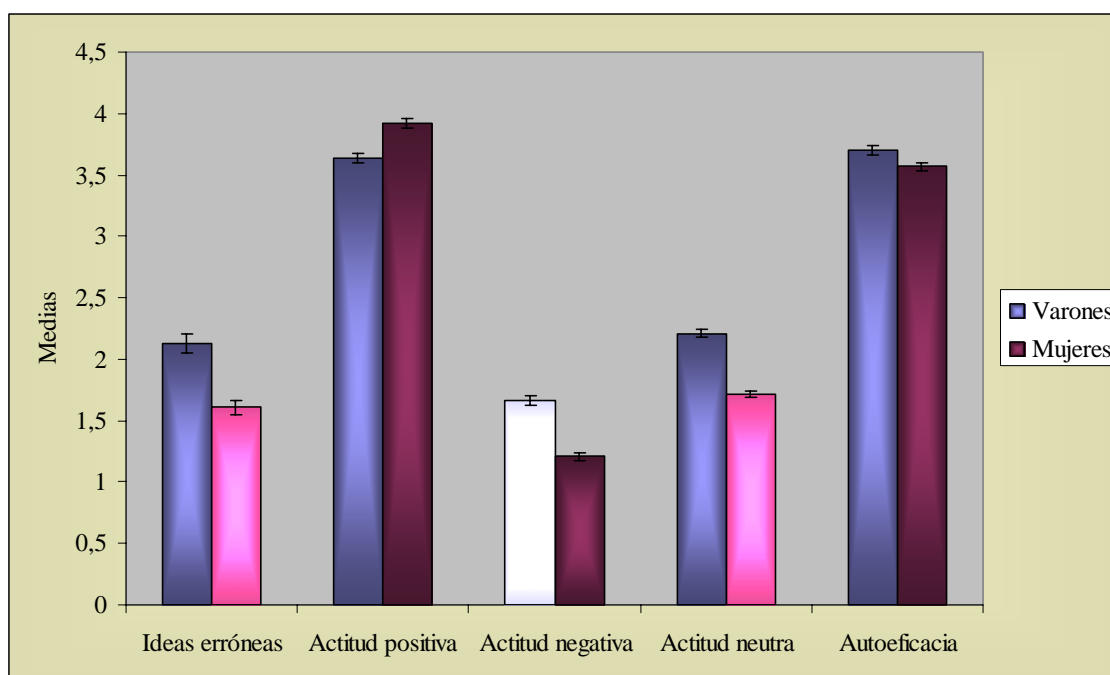
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia se recogen en la Tabla 19. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 5. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en las ideas erróneas  $F_{(1,2100)}=30,903$ ;  $MSE=4,560$ ;  $p<0,000$ , en la actitud positiva  $F_{(1,2184)}=30,125$ ;  $MSE=1,383$ ;  $p<0,000$ , en la actitud negativa  $F_{(1,2163)}=82,269$ ;  $MSE=1,358$ ;  $p<0,000$ , en la actitud neutra  $F_{(1,2164)}=138,356$ ;  $MSE=0,973$ ;  $p<0,000$  y en la autoeficacia  $F_{(1,2179)}=6,846$ ;  $MSE=1,192$ ;  $p<0,009$  (Véase Tabla 20). Los varones presentan mayor nivel de ideas erróneas, mayor actitud negativa y neutra, y mayor autoeficacia que las mujeres. Por el contrario, las mujeres presentan mayor actitud positiva que los varones. No existen diferencias significativas en el conocimiento correcto y la susceptibilidad en función del sexo.

Tabla 19. Medias y desviaciones típicas de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes colombianos en función del sexo.

	Sexo			
	Varones		Mujeres	
Escalas	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,18	2,61	15,98	2,70
Ideas erróneas	2,13	2,32	1,61	1,96
Actitud positiva	3,64	1,23	3,92	1,11
Actitud negativa	1,66	1,23	1,21	1,07
Actitud neutra	2,21	1,07	1,71	0,90
Susceptibilidad	3,36	1,20	3,42	1,12
Autoeficacia	3,70	1,05	3,57	1,12

Tabla 20. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del sexo.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	1	22,743	3,200	0,074
Ideas erróneas	1	140,924	30,903	0,000
Actitud positiva	1	41,652	30,125	0,000
Actitud negativa	1	109,252	82,269	0,000
Actitud neutra	1	134,650	138,356	0,000
Susceptibilidad	1	1,892	1,404	0,236
Autoeficacia	1	8,159	6,846	0,009



Gráfica 5. Medias de las ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del sexo.

7.6.3.1.4. Resultados de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia se recogen en la Tabla 21. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 6. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad en el conocimiento correcto  $F(2,2100)=7,994$ ;  $MSE=7,067$ ;  $p<0,000$ , las ideas erróneas  $F(2,2099)=16,851$ ;  $MSE=4,562$ ;  $p<0,000$ , en la actitud positiva  $F(2,2184)=4,945$ ;  $MSE=1,395$ ;  $p<0,007$  y en la actitud negativa  $F(2,2163)=12,229$ ;  $MSE=1,395$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 22). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto y en las ideas erróneas entre los adolescentes de 13 y 14 años y el resto de las edades, siendo menor el conocimiento correcto y mayor las ideas erróneas en este grupo de edad (Véase Tabla 23 y Tabla 24). No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 15 y 16 años y los adolescentes entre 17 y 18 años en el conocimiento correcto y en las ideas erróneas. En la actitud positiva se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 y 14 años y los otros adolescentes, siendo menor la actitud positiva y mayor la actitud negativa en esta edad (Véase Tabla 25 y Tabla 26). No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 15 y 16 años y los adolescentes entre 17 y 18 años en la actitud positiva y negativa. Existen diferencias entre las edades, sin embargo, no se puede afirmar que a medida que aumenta la edad se incrementan las medias de las escalas por no existir diferencias mínimas significativas entre todos los grupos. No existen diferencias significativas en la actitud neutra, en la susceptibilidad y en la autoeficacia en función de la edad.

Tabla 21. Medias y desviaciones típicas de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes colombianos en función de la edad.

Escalas	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	15,76	2,67	16,27	2,65	16,19	2,63
Ideas erróneas	2,21	2,40	1,61	1,98	1,79	1,95
Actitud positiva	3,68	1,22	3,85	1,14	3,84	1,19
Actitud negativa	1,58	1,23	1,34	1,13	1,28	1,09
Actitud neutra	1,91	1,03	1,94	0,98	2,00	1,06
Susceptibilidad	3,40	1,10	3,44	1,16	3,29	1,23
Autoeficacia	3,57	1,09	3,64	1,10	3,72	1,04

Tabla 22. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la edad.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	56,495	7,994	0,000
Ideas erróneas	2	76,869	16,851	0,000
Actitud positiva	2	6,901	4,945	0,007
Actitud negativa	2	16,625	12,229	0,000
Actitud neutra	2	1,141	1,103	0,332
Susceptibilidad	2	3,309	2,464	0,085
Autoeficacia	2	3,359	2,964	0,052



Tabla 23. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y conocimiento correcto.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,009
15 a 16 años			0,639
17 a 18 años			

Tabla 24. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y las ideas erróneas.

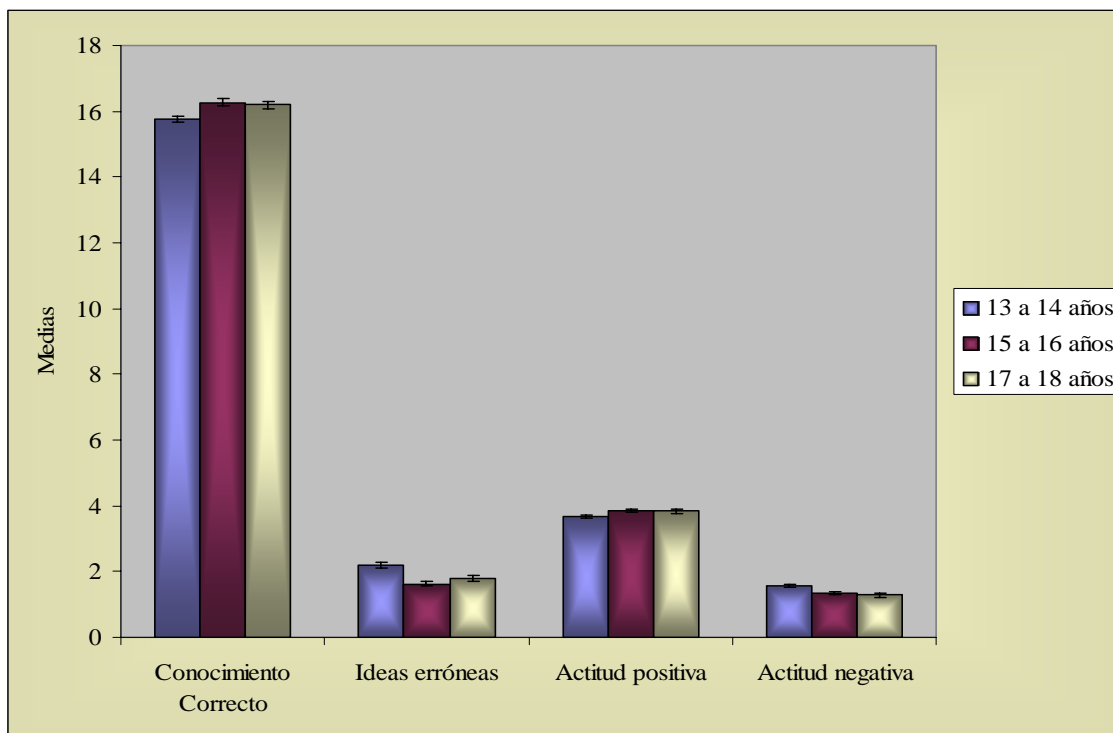
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,002
15 a 16 años			0,150
17 a 18 años			

Tabla 25. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y actitud positiva.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,003	0,026
15 a 16 años			0,884
17 a 18 años			

Tabla 26. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y actitud negativa.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,000
15 a 16 años			0,349
17 a 18 años			



Gráfica 6. Medias de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva y actitud negativa sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función de la edad.

7.6.3.1.5 Resultados de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función del tipo de institución educativa.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia se recogen en la Tabla 27. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 7. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en el conocimiento correcto  $F_{(1,2104)}=9,431$ ;  $MSE=7,078$ ;  $p<0,002$ , las ideas erróneas  $F_{(1,2103)}=14,612$ ;  $MSE=67,146$ ;  $p<0,000$ , en la actitud positiva  $F_{(1,2188)}=15,505$ ;  $MSE=1,391$ ;  $p<0,000$ , y en la susceptibilidad  $F_{(1,2165)}=12,399$ ;  $MSE=1,339$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 28). Los adolescentes que pertenecen a instituciones educativas privadas presentan mayor nivel de conocimientos correcto, mayor actitud

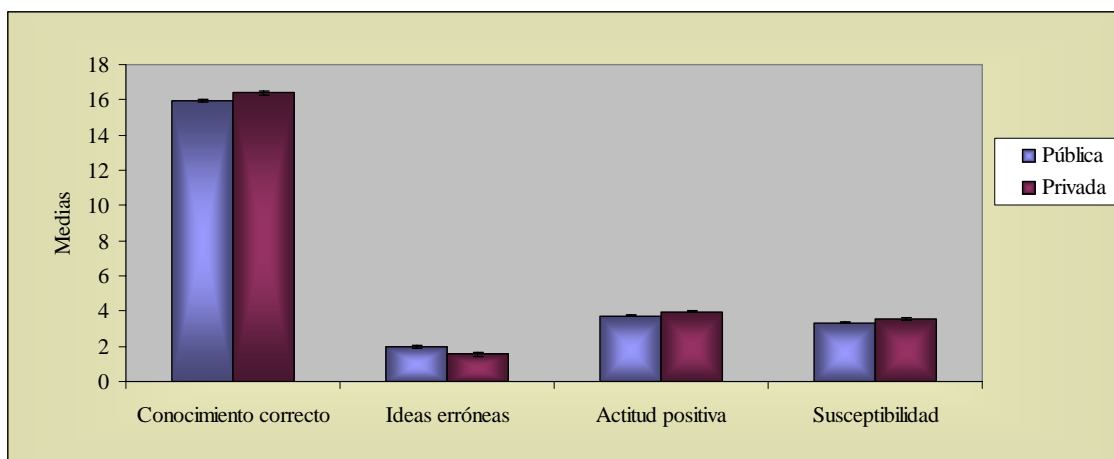
positiva y mayor susceptibilidad que los adolescentes que pertenecen a instituciones educativas públicas. Por el contrario, los adolescentes que pertenecen a instituciones educativas públicas presentan mayor media en las ideas erróneas que los adolescentes de instituciones educativas privadas. No existen diferencias significativas en la actitud negativa, en la actitud neutra y en la autoeficacia en función del tipo de institución educativa.

Tabla 27. Medias y desviaciones típicas de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Tipo de institución educativa			
	Pública		Privada	
	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	15,97	2,70	16,39	2,50
Ideas erróneas	1,96	2,20	1,54	1,95
Actitud positiva	3,73	1,19	3,97	1,11
Actitud negativa	1,41	1,16	1,43	1,18
Actitud neutra	1,94	1,01	1,95	1,03
Susceptibilidad	3,35	1,18	3,55	1,05
Autoeficacia	3,64	1,08	3,61	1,13

Tabla 28. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	1	66,758	9,431	0,002
Ideas erróneas	1	67,146	14,612	0,000
Actitud positiva	1	21,567	15,505	0,000
Actitud negativa	1	0,065	0,048	0,827
Actitud neutra	1	0,027	0,026	0,872
Susceptibilidad	1	16,608	12,399	0,000
Autoeficacia	1	0,330	0,276	0,599



Gráfica 7. Medias de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva y susceptibilidad sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.1.6 Resultados de los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positivas, negativas y neutras), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia se recogen en la Tabla 29. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 8. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en el conocimiento correcto  $F_{(3,2103)}=10,041$ ;  $MSE=7,017$ ;  $p<0,000$ , en las ideas erróneas  $F_{(3,2102)}=32,045$ ;  $MSE=4,427$ ;  $p<0,000$ , en la actitud positiva  $F_{(3,2187)}=10,763$ ;  $MSE=1,382$ ;  $p<0,000$ , en la actitud negativa  $F_{(3,2166)}=22,125$ ;  $MSE=1,336$ ;  $p<0,000$  y en la susceptibilidad  $F_{(3,2164)}=3,770$ ;  $MSE=1,341$ ;  $p<0,010$  (Véase Tabla 30). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de undécimo y los otros niveles de escolaridad, siendo mayor el conocimiento correcto en este grupo, y teniendo el nivel más bajo de conocimiento correcto los adolescentes de octavo nivel de escolaridad. Entre los cursos de décimo y noveno no se encontraron diferencias mínimas significativas (Véase Tabla 31). De igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en las ideas erróneas entre los adolescentes de octavo y noveno y el resto de los grupos, siendo los que tienen la media más alta en las ideas erróneas los de octavo y noveno. No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de décimo y undécimo en las ideas erróneas (Véase Tabla 32). En la actitud positiva se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de undécimo y el resto de los grupos de escolaridad, siendo mayor la actitud positiva en esta edad (Véase Tabla 33). No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de octavo, noveno y décimo. Por otro lado, los adolescentes de octavo y noveno presentan diferencias mínimas significativas en los adolescentes de décimo y undécimo en la actitud negativa. Con relación a la susceptibilidad se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de undécimo y octavo y noveno, siendo mayor la susceptibilidad en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 35). No se encontraron diferencias mínimas

significativas entre los adolescentes de décimo y undécimo, y octavo y noveno en la susceptibilidad, siendo la media más baja en los adolescentes de octavo y noveno. No se encuentran diferencias significativas en la actitud neutra y en la autoeficacia.

Tabla 29. Medias y desviaciones típicas de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Escala	Nivel de escolaridad							
	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	15,51	2,76	16,02	2,65	16,07	2,63	16,48	2,59
Ideas erróneas	2,77	2,76	1,94	2,14	1,62	1,76	1,46	1,91
Actitud positiva	3,64	1,24	3,69	1,20	3,77	1,19	4,01	1,10
Actitud negativa	1,76	1,31	1,54	1,18	1,30	1,14	1,21	1,04
Actitud neutra	2,01	1,05	1,90	1,03	1,98	1,01	1,93	0,99
Susceptibilidad	3,28	1,19	3,33	1,09	3,42	1,20	3,50	1,15
Autoeficacia	3,56	1,13	3,65	1,07	3,61	1,09	3,69	1,10

Tabla 30. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Escala	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	3	70,460	10,041	0,000
Ideas erróneas	3	141,866	32,045	0,000
Actitud positiva	3	14,880	10,763	0,000
Actitud negativa	3	29,561	22,125	0,000
Actitud neutra	3	0,868	0,839	0,472
Susceptibilidad	3	5,055	3,770	0,010
Autoeficacia	3	1,383	1,157	0,325

Tabla 31. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y conocimiento correcto.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,005	0,002	0,000
Noveno			0,767	0,003
Décimo				0,007
Undécimo				

Tabla 32. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y las ideas erróneas.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,000
Noveno			0,011	0,000
Décimo				0,176
Undécimo				

Tabla 33. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y actitud positiva.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,545	0,096	0,000
Noveno			0,234	0,000
Décimo				0,000
Undécimo				

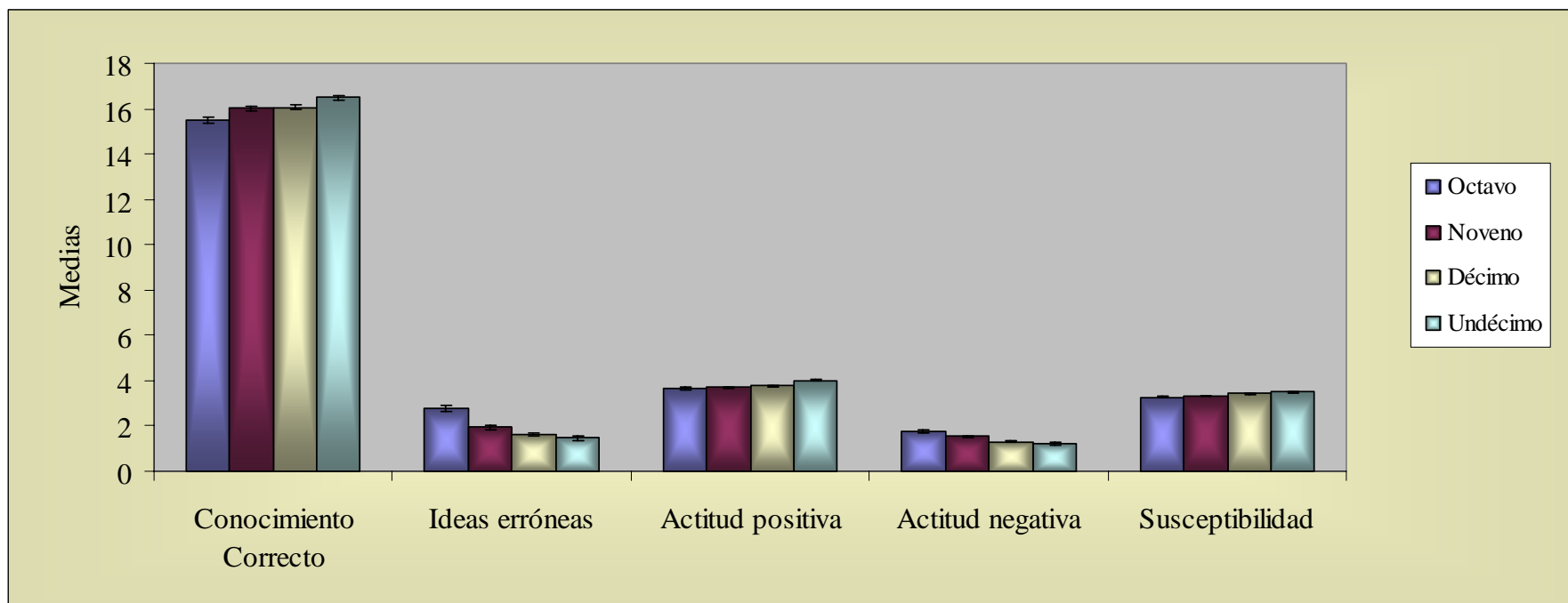
Tabla 34. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y actitud negativa.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,006	0,000	0,000
Noveno			0,000	0,000
Décimo				0,189
Undécimo				

Tabla 35. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y susceptibilidad.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,517	0,066	0,003
Noveno			0,178	0,009
Décimo				0,201
Undécimo				





Gráfica 8. Medias de los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa y susceptibilidad sobre la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

7.6.3.2. Resultados del autoconcepto en los adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa, y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre el autoconcepto se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

7.6.3.2.1. Resultados descriptivos del autoconcepto en los adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las escalas del Cuestionario Autoconcepto Forma A. Se calcularon las puntuaciones mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 36).

Tabla 36. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en las escalas de autoconcepto en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Académico	13	33	22,49	3,45
Social	5	15	10,08	2,90
Emocional	9	26	18,22	2,78
Familiar	7	18	14,27	2,14
Total	40	89	64,93	6,98

7.6.3.2.2. Resultados de los factores del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y total) en los adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto se recogen en la Tabla 37. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 9. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en los factores académico  $F_{(4,2080)}=137,074$ ;  $MSE=9,441$ ;  $p<0,000$ , social  $F_{(4,2134)}=200,810$ ;  $MSE=6,122$ ;  $p<0,000$ , emocional  $F_{(4,2111)}=3,673$ ;  $MSE=7,709$ ;  $p<0,005$ , familiar  $F_{(4,2145)}=3,867$ ;  $MSE=4,557$ ;  $p<0,004$  y autoconcepto total  $F_{(4,1922)}=91,535$ ;  $MSE=41,006$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 38). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el factor académico entre los adolescentes de la región Pacífica y las otras regiones de Colombia, siendo mayor la puntuación en la región Pacífica. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Atlántica quienes tienen menor puntuación que la región Pacífica y que la Andina; la región de Orinoquía tiene menor puntuación que la región Andina y la Pacífica; a su vez, los adolescentes de la región Insular tiene menor puntuación que los adolescentes de las regiones Pacífica y Andina (Véase Tabla 39).

Con relación al factor social entre la mayoría de las regiones se presentan diferencias mínimas significativas, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Pacífica. De igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Andina y las otras regiones, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Andina a excepción de los adolescentes de la región Pacífica. Adicionalmente, se encuentran diferencias mínimas significativas entre las puntuaciones de los adolescentes de Orinoquía y las puntuaciones de los adolescentes de las regiones Pacífica y Andina, siendo menor la puntuación en la Orinoquía (Véase Tabla 40).

Con relación al factor emocional solo se encuentran diferencias mínimas significativas entre la región Pacífica y Andina, siendo mayor la puntuación de los

adolescentes de la región Andina; a su vez, se encuentran diferencias mínimas significativas entre las regiones Pacífica e Insular siendo mayor la puntuación en la región Insular (Véase Tabla 41). No se encuentran diferencias significativas en el factor emocional entre los adolescentes de las otras regiones.

Con relación al factor familiar se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las otras regiones de Colombia, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Atlántica (Véase Tabla 42). No se encuentran diferencias significativas en el factor familiar entre los adolescentes de las otras regiones.

Por último, se encuentran diferencias significativas el autoconcepto total entre la región Pacífica y las otras regiones de Colombia, siendo mayor la puntuación en la región Pacífica. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Atlántica quienes tienen menor puntuación entre las regiones; la región de Orinoquía tiene menor puntuación que la región Andina y la Pacífica; a su vez, los adolescentes de la región Insular tiene menor puntuación que los adolescentes de las regiones Pacífica y Andina. (Véase Tabla 43).

Tabla 37. Medias y desviaciones típicas de los factores académico, social, emocional, familiar y total en adolescentes colombianos en función de la región.

Factores	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Académico	20,12	2,26	24,16	3,34	21,70	3,14	20,68	2,34	20,46	2,01
Social	7,79	1,56	11,67	2,74	9,40	2,55	8,25	1,64	7,59	1,51
Emocional	18,15	2,72	17,99	2,79	18,46	2,71	18,38	3,84	18,90	2,57
Familiar	14,65	2,02	14,19	2,19	14,28	2,09	14,00	2,28	13,71	2,06
Total	60,84	4,66	67,96	7,11	63,77	6,34	61,31	5,46	61,10	4,69

Tabla 38. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de los factores académico, social, emocional, familiar y total de los adolescentes colombianos en función de la región.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Académico	4	1294,171	137,074	0,000
Social	4	1229,316	200,810	0,000
Emocional	4	28,317	3,673	0,005
Familiar	4	17,620	3,867	0,004
Total	4	3753,446	91,535	0,000

Tabla 39. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoconcepto académico.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,116	0,515
Pacífica			0,000	0,000	0,000
Andina				0,002	0,014
Orinoquía					0,699
Insular					

Tabla 40. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoconcepto social.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,114	0,602
Pacífica			0,000	0,000	0,000
Andina				0,000	0,000
Orinoquía					0,140
Insular					

Tabla 41. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoconcepto emocional.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,399	0,106	0,474	0,096
Pacífica			0,001	0,189	0,036
Andina				0,796	0,306
Orinoquía					0,302
Insular					

---

Tabla 42. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoconcepto familiar.

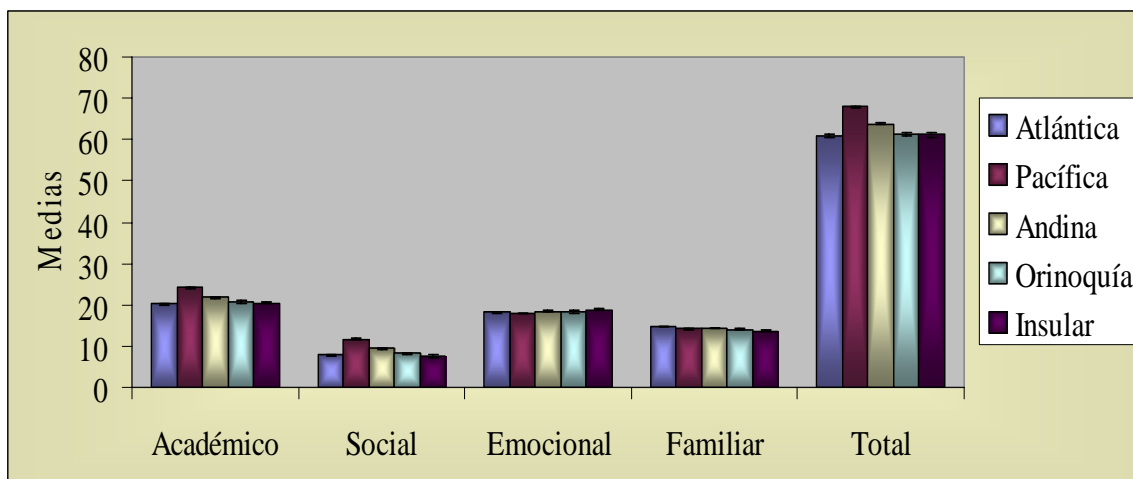
	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,001	0,012	0,009	0,006
Pacífica			0,383	0,403	0,142
Andina				0,222	0,082
Orinoquía					0,452
Insular					

---

Tabla 43. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoconcepto total.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,527	0,808
Pacífica			0,000	0,000	0,000
Andina				0,000	0,014
Orinoquía					0,867
Insular					

---



Gráfica 9. Medias de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función de la región geográfica.

7.6.3.2.3. Resultados de los factores del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y total) en los adolescentes colombianos en función del sexo.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto se recogen en la Tabla 44. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 10. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en los factores académico  $F_{(1,2079)}=7,551$ ;  $MSE=11,880$ ;  $p<0,006$ , social  $F_{(1,2132)}=4,877$ ;  $MSE=8,398$ ;  $p<0,027$ , emocional  $F_{(1,2110)}=49,293$ ;  $MSE=7,544$ ;  $p<0,000$  y autoconcepto total  $F_{(1,1921)}=22,603$ ;  $MSE=48,165$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 45). Los varones adolescentes presentan una media mayor en los factores académico, social, emocional y total comparado con las mujeres adolescentes. No se encuentran diferencias significativas en el factor familiar en función del sexo.

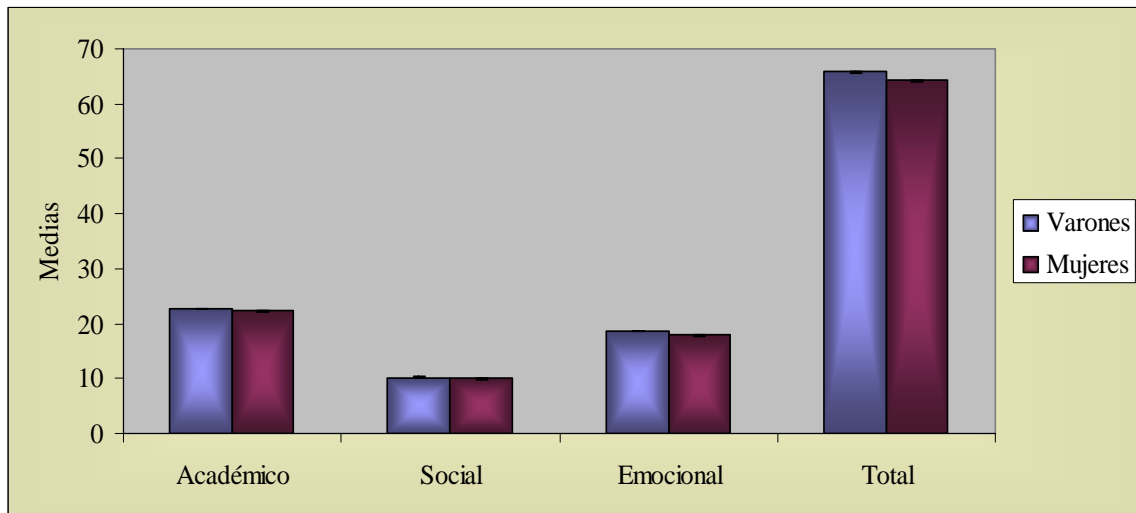
Tabla 44. Medias y desviaciones típicas de los factores académico, social, emocional, familiar y total en adolescentes colombianos en función del sexo.

Factores	Sexo			
	Varones		Mujeres	
	M	D.T	M	D.T
Académico	22,70	3,65	22,29	3,26
Social	10,22	2,94	9,94	2,85
Emocional	18,67	2,79	17,83	2,71
Familiar	14,21	2,21	14,31	2,07
Total	65,75	7,2	64,23	6,67

Tabla 45. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de los factores académico, social, emocional, familiar y total de los adolescentes colombianos en función del sexo.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Académico	1	89,699	7,551	0,006
Social	1	40,955	4,877	0,027
Emocional	1	371,872	49,293	0,000
Familiar	1	5,276	1,151	0,284
Total	1	1088,673	22,603	0,000





Gráfica 10. Medias de los factores académico, social, emocional y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función del sexo.

#### 7.6.3.2.4. Resultados de los factores del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y total) en los adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto se recogen en la Tabla 46. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 11. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad en los factores académico  $F_{(2,2078)}=10,462$ ;  $MSE=11,525$ ;  $p<0,000$ , social  $F_{(2,2132)}=23,854$ ;  $MSE=8,23$ ;  $p<0,000$ , emocional  $F_{(2,2110)}=7,005$ ;  $MSE=7,705$ ;  $p<0,001$  y autoconcepto total  $F_{(2,1920)}=6,039$ ;  $MSE=48,438$ ;  $p<0,002$  (Véase Tabla 47). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el factor académico entre los adolescentes entre los 13 y 14 años, y los adolescentes entre los 15 y 16 años siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14 años. De igual forma, se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de 15 y 16 años y los de 17 y 18 años, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 17 a 18 años (Véase Tabla 48).

Con relación al factor social entre los adolescentes entre los 13 a 14 años, y los adolescentes de 15 a 16 años siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14

años. De igual forma, se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de 15 a 16 años y los de 17 a 18 años, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 17 a 18 años (Véase Tabla 49).

Con relación al factor emocional entre los adolescentes de 13 a 14 años, y los adolescentes de 15 a 16 años y los adolescentes de 17 a 18 años siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 15 a 16 años. No se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de 15 a 16 años y los adolescentes de 17 a 18 años (Véase Tabla 50).

No se encontraron diferencias significativas en el factor familiar en función de la edad.

Con relación al autoconcepto total se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 a 14 años, y los adolescentes de 15 a 16 años siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14 años. De igual forma, se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de 15 a 16 años y los de 17 a 18 años, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 17 a 18 años (Véase Tabla 51).

Tabla 46. Medias y desviaciones típicas de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función de la edad.

	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Académico	22,79	3,58	22,11	3,27	22,82	3,54
Social	10,49	2,96	9,61	2,77	10,43	2,92
Emocional	17,92	2,82	18,40	2,75	18,33	2,74
Familiar	14,29	2,22	14,33	2,07	14,09	2,13
Total	65,41	7,00	64,36	6,79	65,56	7,29

Tabla 47. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto de los adolescentes colombianos en función de la edad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Académico	2	123,525	10,462	0,000
Social	2	196,352	23,854	0,000
Emocional	2	53,974	7,005	0,001
Familiar	2	8,535	1,868	0,155
Total	2	292,528	6,039	0,002

Tabla 48. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autoconcepto académico.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,874
15 a 16 años			0,001
17 a 18 años			

Tabla 49. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autoconcepto social.

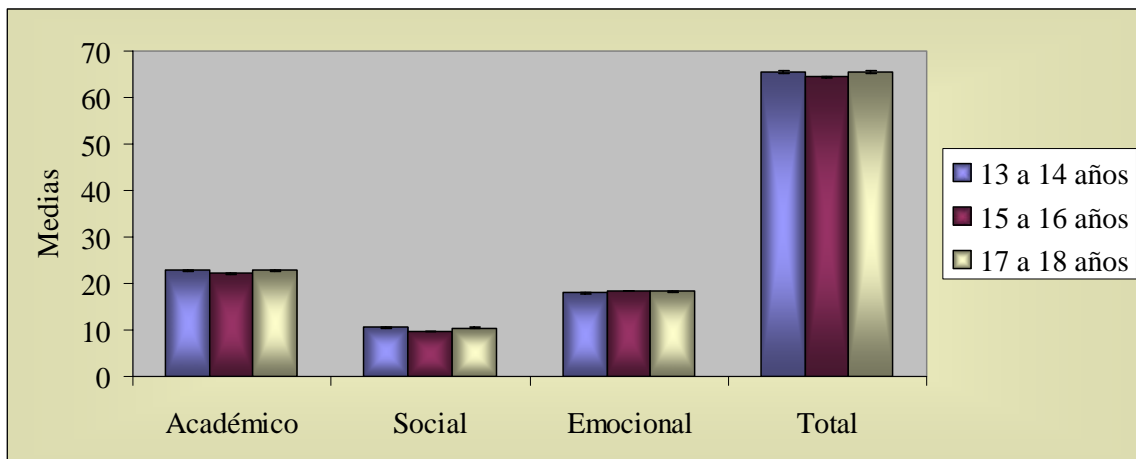
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,725
15 a 16 años			0,001
17 a 18 años			

Tabla 50. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autoconcepto emocional.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,014
15 a 16 años			0,678
17 a 18 años			

Tabla 51 . Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autoconcepto total.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,003	0,741
15 a 16 años			0,006
17 a 18 años			



Gráfica 11. Medias de los factores académico, social, emocional y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función de la edad.

7.6.3.2.5. Resultados de los factores del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y total) en los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto se recogen en la Tabla 52. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 12. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en los factores académico  $F_{(1,2082)}=9,982$ ;  $MSE=11,862$ ;  $p<0,002$ , social  $F_{(1,2136)}=30,536$ ;  $MSE=8,299$ ;  $p<0,000$  y emocional  $F_{(1,2114)}=24,845$ ;  $MSE=7,662$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 53). Los

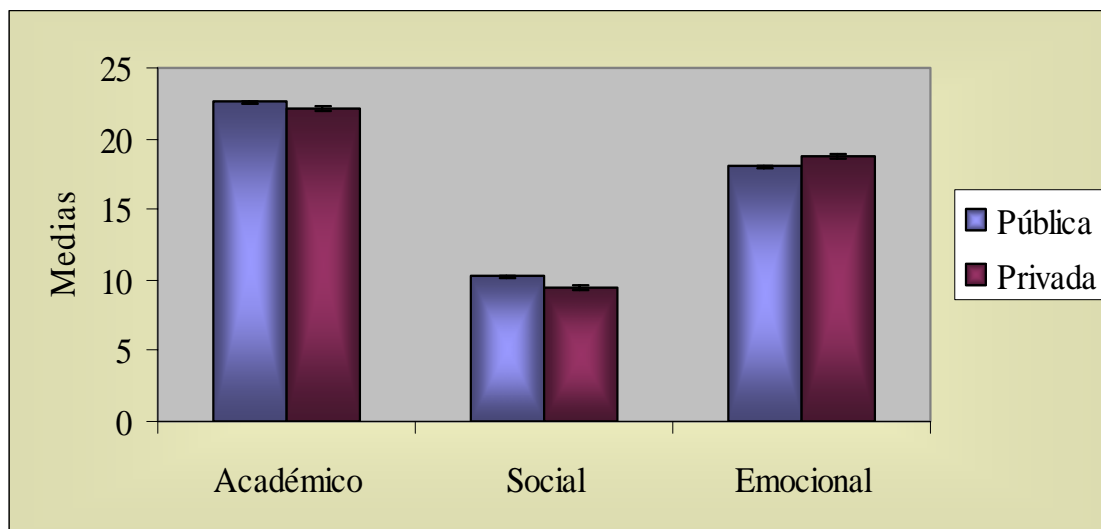
adolescentes colombianos que estudian en las instituciones educativas públicas presentan una media mayor en los factores académico, social y autoconcepto total que los adolescente de las instituciones educativas privadas; por el contrario los adolescentes de las instituciones privadas tienen una media mayor en el factor emocional (Véase Tabla 52). No se encontraron diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en los factores familiar y en el autoconcepto total.

Tabla 52. Medias y desviaciones típicas de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	Tipo de institución educativa			
	Pública		Privada	
Factores	M	D.T	M	D.T
Académico	22,62	3,45	22,07	3,40
Social	10,28	2,94	9,47	2,69
Emocional	18,04	2,80	18,74	2,67
Familiar	14,25	2,16	14,33	2,09
Total	65,05	7,12	64,57	6,54

Tabla 53. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Académico	1	118,402	9,982	0,002
Social	1	253,423	30,536	0,000
Emocional	1	190,351	24,845	0,000
Familiar	1	2,530	0,552	0,458
Total	1	86,227	1,770	0,184



Gráfica 12. Medias de los factores académico, social y emocional del autoconcepto en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.2.6. Resultados de los factores del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y total) en los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto se recogen en la Tabla 54. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 13 . El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en los factores académico  $F_{(3,2081)}=52,621$ ;  $MSE=11,084$ ;  $p<0,000$ , social  $F_{(3,2135)}=90,551$ ;  $MSE=7,471$ ;  $p<0,000$ , emocional  $F_{(3,2113)}=11,505$ ;  $MSE=7,634$ ;  $p<0,000$ , familiar  $F_{(3,2146)}=3,172$ ;  $MSE=4,567$ ;  $p<0,023$  y autoconcepto total  $F_{(3,1923)}=44,015$ ;  $MSE=45,657$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 55). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el factor académico entre octavo y noveno, décimo y undécimo, siendo mayor la puntuación en octavo. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de Noveno y Undécimo, los adolescentes de Undécimo tienen mayor puntuación que los adolescentes de Noveno y Décimo (Véase Tabla 56).

Con relación al factor social entre la mayoría de los niveles de escolaridad se presentan diferencias mínimas significativas, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de octavo. De igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de Undécimo y los otros niveles de escolaridad, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de Undécimo a excepción de los adolescentes de la octavo. Adicionalmente, se encuentran diferencias mínimas significativas entre las puntuaciones de los adolescentes de Noveno y las puntuaciones de los adolescentes de Undécimo, siendo menor la puntuación en Undécimo (Véase Tabla 57).

Con relación al factor emocional solo se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de Octavo y las otras regiones, siendo menor la puntuación de los adolescentes de Octavo (Véase Tabla 58). No se encuentran diferencias significativas en el factor emocional entre los otros niveles de escolaridad.

Con relación al factor familiar se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de los otros niveles de escolaridad, siendo menor la puntuación en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 59). No se encuentran diferencias significativas en el factor familiar entre los otros niveles de escolaridad.

Por último, se encuentran diferencias significativas el autoconcepto total entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de noveno y décimo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de octavo. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de noveno y undécimo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo; los adolescentes de décimo tienen menor puntuación que los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 60).

Tabla 54. Medias y desviaciones típicas de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	Nivel de escolaridad							
	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Académico	23,75	3,53	21,72	3,30	21,63	3,09	22,34	3,47
Social	11,47	2,78	9,37	2,76	9,07	2,58	10,93	2,83
Emocional	17,89	2,90	18,30	2,80	18,26	2,82	18,55	2,58
Familiar	13,96	2,42	14,30	2,10	14,36	2,11	14,33	2,00
Total	66,68	7,49	63,48	6,43	63,27	6,42	67,06	6,97

Tabla 55. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Académico	3	583,239	52,621	0,000
Social	3	676,546	90,551	0,000
Emocional	3	87,828	11,505	0,000
Familiar	3	14,486	3,172	0,023
Total	3	2009,596	44,015	0,000

Tabla 56. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoconcepto académico.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,066
Noveno			0,642	0,000
Décimo				0,000
Undécimo				



Tabla 57. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoconcepto social.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,003
Noveno			0,066	0,000
Décimo				0,000
Undécimo				

Tabla 58. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoconcepto emocional.

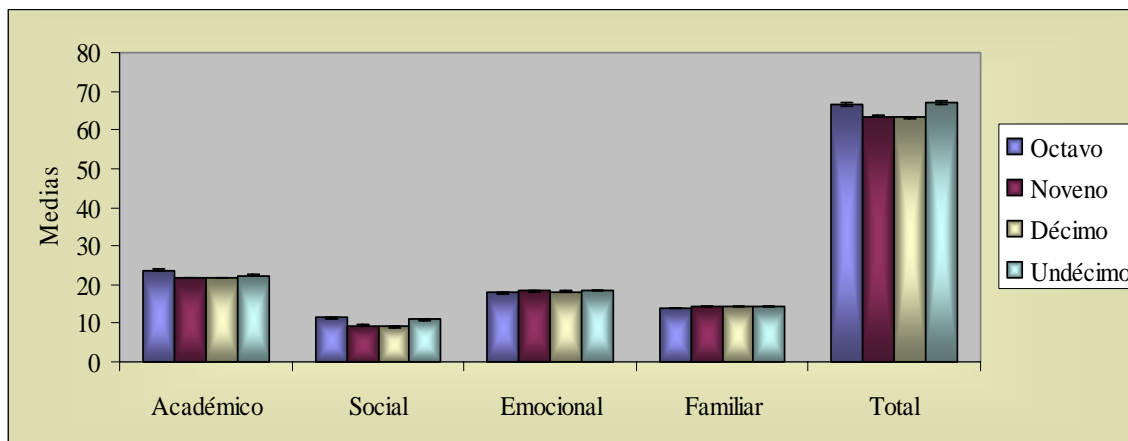
	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,000
Noveno			0,806	0,118
Décimo				0,067
Undécimo				

Tabla 59. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoconcepto familiar.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,017	0,004	0,009
Noveno			0,626	0,807
Décimo				0,806
Undécimo				

Tabla 60. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoconcepto total.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,427
Noveno			0,607	0,000
Décimo				0,000
Undécimo				



Gráfica 13. Medias de los factores académico, social, emocional, familiar y total del autoconcepto en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

7.6.3.3. Resultados del autocontrol en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre las escalas del autocontrol se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, de la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

## 7.6.3.3.1 Resultados descriptivos del autocontrol en adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las escalas del Cuestionario de Autocontrol Infantil y adolescente (b). Se calcularon las puntuación mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 61).

Tabla 61. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Retroalimentación personal	1	21	13,32	3,94
Retraso de la recompensa	1	23	10,42	3,59
Auto control criterial	0	10	5,29	1,57
Auto control procesual	8	25	21,35	2,78
Escala de sinceridad	0	14	8,58	2,48

## 7.6.3.3.2. Resultados de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad se recogen en la Tabla 62. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 14. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en la retroalimentación personal  $F_{(4,2044)}=3,713$ ;  $MSE=15,426$ ;  $p<0,005$ , el retraso de la recompensa  $F_{(4,2078)}=7,764$ ;  $MSE=12,701$ ;  $p<0,000$ , el auto control criterial  $F_{(4,2140)}=3,56$ ;  $MSE=2,468$ ;  $p<0,011$ , auto control procesual  $F_{(4,2106)}=7,172$ ;  $MSE=7,655$ ;  $p<0,000$  y la escala de sinceridad  $F_{(4,2098)}=6,109$ ;  $MSE=6,099$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 63). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en

la retroalimentación personal entre los adolescentes de la región Atlántica y las otras regiones, siendo la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica los que mayor puntuación tienen. No se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de las otras regiones (Véase Tabla 64).

Con relación al retraso de la recompensa se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las otras regiones, siendo la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica los que mayor puntuación tienen. No se encuentran diferencias mínimas significativas entre las otras regiones (Véase Tabla 65).

En el autocontrol criterial se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Insular y los adolescentes de las regiones Atlántica y Andina, siendo los adolescentes de la Región Insular los que presentan menor puntuación. De igual forma, se encuentran diferencias entre los adolescentes de la región Andina y los adolescentes de la Orinoquía siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Andina. A su vez, se encuentran diferencias mínimas significativas entre la región Andina y la Pacífica siendo mayor las puntuaciones de los adolescentes de la región Andina (Véase Tabla 66).

Con relación al autocontrol procesual se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y los adolescentes de la región Pacífica y Andina, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias entre las puntuaciones de los adolescentes de la región Insular y los adolescentes de la región Pacífica, Andina y Orinoquía, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Insular (Véase Tabla 67).

Por último, en la escala de sinceridad se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de la Orinoquía y los adolescentes de las otras regiones, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la Orinoquía. De igual forma, se encuentran diferencias mínimas significativas entre las puntuaciones de los adolescentes de la región Andina y los adolescentes de las regiones Atlántica y Pacífica, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la región Andina (Véase Tabla 68).

Tabla 62. Medias y desviaciones típicas de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función de la región.

	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Retroalimentación personal	14,03	3,95	13,15	3,86	13,36	4,01	12,83	3,72	12,40	4,18
Retraso de la recompensa	11,43	3,46	10,12	3,57	10,43	3,54	10,23	3,97	10,14	3,52
Auto control criterial	5,35	1,53	5,22	1,55	5,41	1,59	5,05	1,74	4,81	1,62
Auto control procesual	21,95	2,68	21,10	2,82	21,35	2,81	21,41	2,55	22,44	1,79
Escala de sinceridad	8,33	2,48	8,41	2,49	8,77	2,49	9,45	1,97	8,88	2,60

Tabla 63. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad de los adolescentes colombianos en función de la región.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Retroalimentación personal	4	57,276	3,713	0,005
Retraso de la recompensa	4	98,603	7,764	0,000
Auto control criterial	4	8,038	3,256	0,011
Auto control procesual	4	54,900	7,172	0,000
Escala de sinceridad	4	37,258	6,109	0,000

Tabla 64. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y retroalimentación personal.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,001	0,015	0,009	0,012
Pacífica			0,303	0,440	0,224
Andina				0,214	0,125
Orinoquía					0,549
Insular					

Tabla 65. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y retraso de la recompensa.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,004	0,028
Pacífica			0,072	0,758	0,962
Andina				0,596	0,606
Orinoquía					0,892
Insular					

Tabla 66. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autocontrol criterial.

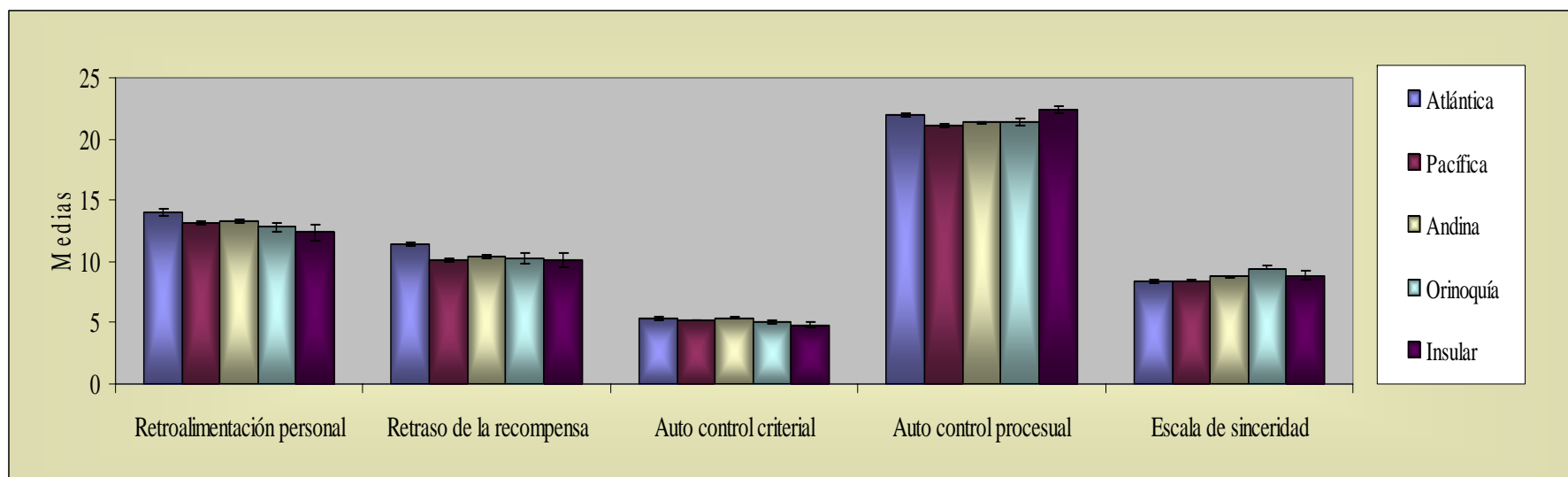
	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,240	0,536	0,104	0,037
Pacífica			0,013	0,293	0,092
Andina				0,031	0,015
Orinoquía					0,410
Insular					

Tabla 67. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autocontrol procesual.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,001	0,092	0,285
Pacífica			0,069	0,290	0,002
Andina				0,829	0,012
Orinoquía					0,042
Insular					

Tabla 68. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y escala de sinceridad.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,612	0,009	0,000	0,175
Pacífica			0,003	0,000	0,228
Andina				0,012	0,785
Orinoquía					0,215
Insular					



Gráfica 14. Medias de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función de la región geográfica.



7.6.3.3.3. Resultados de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del sexo.

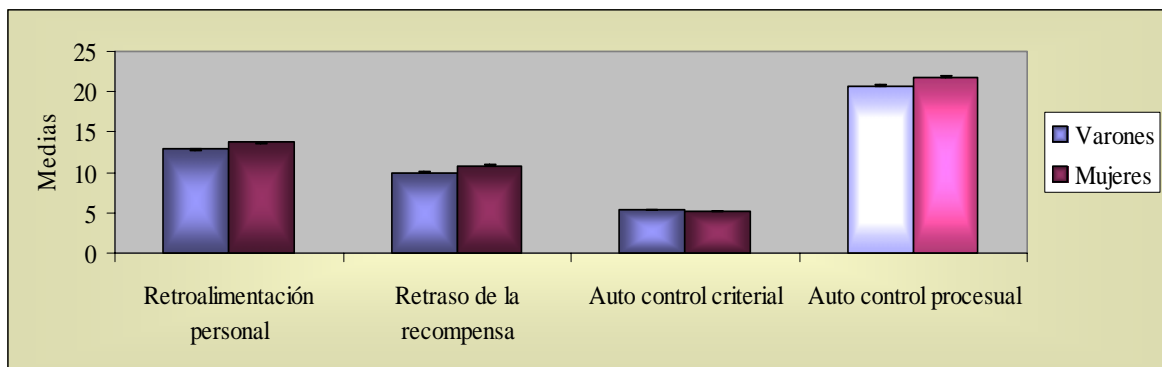
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad se recogen en la Tabla 69. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 15. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en la retroalimentación personal  $F_{(4,2108)}=8,886$ ;  $MSE=23,331$ ;  $p<0,000$ , el retraso de la recompensa  $F_{(1,2076)}=32,4555$ ;  $MSE=12,677$ ;  $p<0,000$ , el auto control criterial  $F_{(1,2139)}=5,000$ ;  $MSE=2,476$ ;  $p<0,025$  y el auto control procesual  $F_{(1,2105)}=73,128$ ;  $MSE=7,486$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 69). Las mujeres adolescentes colombianas presentan una media mayor en la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, auto control procesual comparado con los varones adolescentes. Los varones adolescentes colombianos tienen una media mayor en el autocontrol criterial en comparación con las mujeres adolescentes colombianas.

Tabla 69. Medias y desviaciones típicas de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del sexo.

Escala	Varones		Mujeres	
	M	D.T	M	D.T
Retroalimentación personal	12,87	3,95	13,70	3,88
Retraso de la recompensa	9,95	3,49	10,84	3,62
Auto control criterial	5,37	1,56	5,22	1,58
Auto control procesual	20,79	2,88	21,82	2,61
Escala de sinceridad	8,55	2,44	8,60	2,52

Tabla 70. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad de los adolescentes colombianos en función del sexo.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Retroalimentación personal	1	345,253	22,530	0,000
Retraso de la recompensa	1	411,437	32,455	0,000
Auto control criterial	1	12,382	5,000	0,025
Auto control procesual	1	547,417	73,128	0,000
Escala de sinceridad	1	1,298	0,211	0,646



Gráfica 15. Medias de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial y auto control procesual en adolescentes colombianos en función del sexo.

7.6.3.3.4. Resultados de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad se recogen en la Tabla 71. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 16. El análisis realizado indica diferencias

significativas en función de la edad en la retroalimentación personal  $F_{(2,2042)}=14,297$ ;  $MSE=15,289$ ;  $p<0,000$ , el retraso de la recompensa  $F_{(2,2076)}=4,617$ ;  $MSE=12,803$ ;  $p<0,010$  y el auto control criterial  $F_{(2,2138)}=3,015$ ;  $MSE=2,478$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 72). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la retroalimentación personal entre los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de 15 a 16 años; de igual forma, se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones de los adolescentes de 15 a 16 años y los adolescentes de 17 a 18 años, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 15 a 16 años (Véase Tabla 73).

Con relación al retraso de la recompensa se encuentran diferencias significativas en los adolescentes entre 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 13 y 14 años (Véase Tabla 74). De igual forma, en el autocontrol criterial se encuentran diferencias significativas en los adolescentes de 15 a 16 años y los adolescentes de 17 a 18 años, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de 15 a 16 años (Véase Tabla 75).

Tabla 71. Medias y desviaciones típicas de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función de la edad.

Escalas	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Retroalimentación personal	12,81	3,98	13,82	3,84	13,12	3,93
Retraso de la recompensa	10,75	3,42	10,26	3,72	10,22	3,51
Auto control criterial	5,25	1,58	5,38	1,57	5,17	1,57
Auto control procesual	21,21	2,88	2,45	2,80	21,37	2,55
Escala de sinceridad	8,63	2,46	8,62	2,54	8,39	2,39

Tabla 72. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad de los adolescentes colombianos en función de la edad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Retroalimentación personal	2	218,588	14,297	0,000
Retraso de la recompensa	2	59,107	4,617	0,010
Auto control criterial	2	7,469	3,015	0,049
Auto control procesual	2	12,379	1,599	0,202
Escala de sinceridad	2	9,106	1,477	0,228

---

Tabla 73. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y retroalimentación personal.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,204
15 a 16 años			0,003
17 a 18 años			

---

Tabla 74. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y retraso de la recompensa.

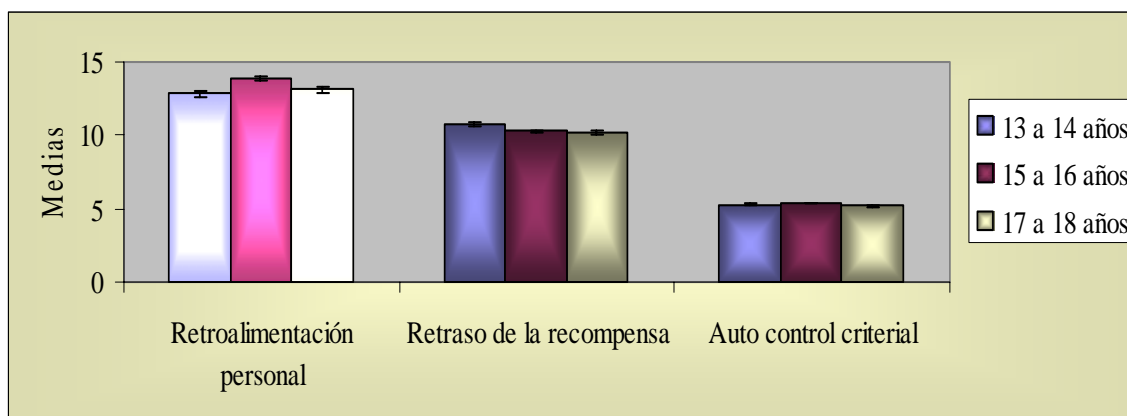
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,006	0,018
15 a 16 años			0,848
17 a 18 años			

---

Tabla 75. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autocontrol criterial.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,104	0,354
15 a 16 años			0,021
17 a 18 años			

---



Gráfica 16. Medias de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa y el auto control criterial en adolescentes colombianos en función de la edad.

7.6.3.3.5. Resultados de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

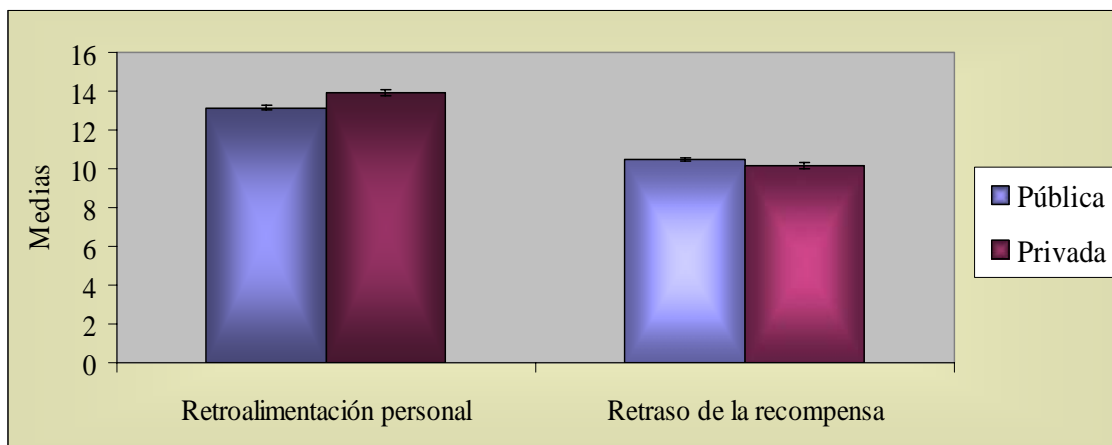
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad se recogen en la Tabla 76. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 17. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en la retroalimentación personal  $F_{(1,2046)}=14,179$ ;  $MSE=15,416$ ;  $p<0,000$  y el retraso de la recompensa  $F_{(1,2080)}=4,130$ ;  $MSE=12,838$ ;  $p<0,042$  (Véase Tabla 77). Los adolescentes colombianos que estudian en las instituciones educativas privadas presentan una media mayor en la retroalimentación personal que los adolescentes de las instituciones educativas públicas; por el contrario, los adolescentes de las instituciones públicas presentan una media mayor en el retraso de la recompensa que los adolescentes de las instituciones privadas.

Tabla 76. Medias y desviaciones típicas de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Pública		Privada	
	M	D.T	M	D.T
Retroalimentación personal	13,14	3,96	13,90	3,81
Retraso de la recompensa	10,51	3,54	10,14	3,72
Auto control criterial	5,29	1,57	5,29	1,58
Auto control procesual	21,28	2,83	21,55	2,60
Escala de sinceridad	8,53	2,47	8,74	2,49

Tabla 77. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Retroalimentación personal	1	218,580	14,179	0,000
Retraso de la recompensa	1	53,026	4,130	0,042
Auto control criterial	1	0,017	0,007	0,935
Auto control procesual	1	27,537	3,559	0,059
Escala de sinceridad	1	16,243	2,638	0,104



Gráfica 17. Medias de la retroalimentación personal y el retraso de la recompensa en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.3.6. Resultados de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad se recogen en la Tabla 78. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 18. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en la retroalimentación personal  $F_{(3,2045)}=36,237$ ;  $MSE=14,747$ ;  $p<0,000$ , el auto control criterial  $F_{(3,2141)}=3,442$ ;  $MSE=2,470$ ;  $p<0,016$  y el auto control procesual  $F_{(3,2107)}=6,471$ ;  $MSE=7,685$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 79). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la retroalimentación personal entre los adolescentes de los diferentes niveles de escolaridad estableciéndose que a mayor nivel de escolaridad mayor retroalimentación personal en los adolescentes (Véase Tabla 80). Con relación al autocontrol criterial se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de décimo y undécimo siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 81).

En el autocontrol procesual se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de los otros niveles de escolaridad, siendo menor la puntuación en los adolescentes de octavo. De igual forma, se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes de undécimo y noveno, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 82).

Tabla 78. Medias y desviaciones típicas de la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Retroalimentación personal	11,78	3,76	12,81	4,00	13,75	3,78	14,30	3,79
Retraso de la recompensa	10,55	3,33	10,48	3,55	10,55	3,60	10,17	3,75
Auto control criterial	5,08	1,61	5,27	1,55	5,32	1,60	5,41	1,53
Auto control procesual	20,84	3,00	21,25	2,81	21,44	2,84	21,63	2,52
Escala de sinceridad	8,43	2,40	8,69	2,49	8,62	2,61	8,53	2,39

Tabla 79. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia la retroalimentación personal, el retraso de la recompensa, el auto control criterial, auto control procesual y la escala de sinceridad de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Retroalimentación personal	3	534,383	36,237	0,000
Retraso de la recompensa	3	18,366	1,428	0,233
Auto control criterial	3	8,503	3,442	0,016
Auto control procesual	3	49,727	6,471	0,000
Escala de sinceridad	3	5,965	0,969	0,407



Tabla 80. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y retroalimentación personal.

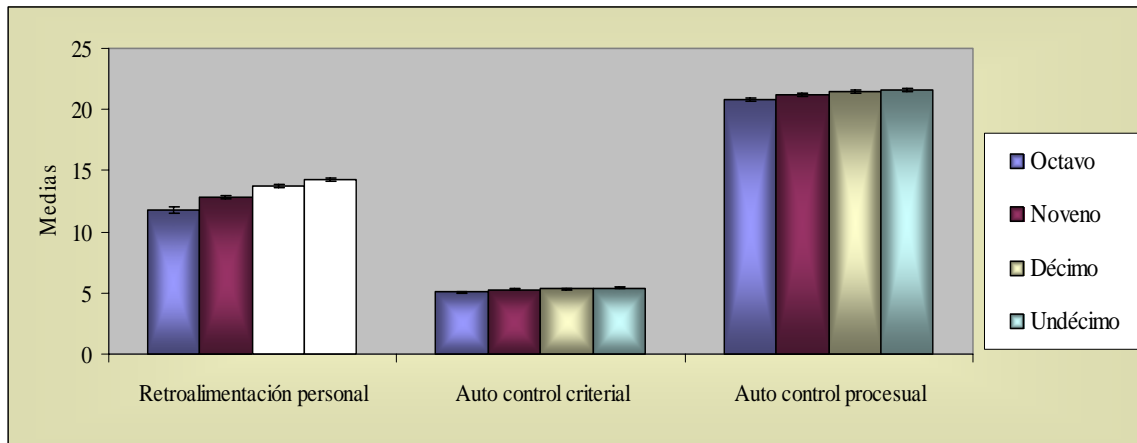
	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,000
Noveno			0,000	0,000
Décimo				0,015
Undécimo				

Tabla 81. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autocontrol criterial.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,073	0,026	0,002
Noveno			0,0636	0,124
Décimo				0,278
Undécimo				

Tabla 82. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autocontrol procesual.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,027	0,001	0,000
Noveno			0,253	0,022
Décimo				0,240
Undécimo				



Gráfica 18. Medias de la retroalimentación personal, el auto control criterial y el auto control procesual en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

7.6.3.4. Resultados de las habilidades sociales en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre las habilidades sociales se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, de la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

7.6.3.4.1. Resultados descriptivos de las habilidades sociales en adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las subescalas de la Escala de Habilidades Sociales (B). Se calcularon las puntuaciones mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 83).

Tabla 83. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Autoexpresión en situaciones sociales	8	32	22,63	4,70
Defensa de los propios derechos como consumidor	5	20	13,35	3,03
Expresión de enfado o disconformidad	4	16	9,86	2,91
Decir no y cortar interacciones	6	24	14,74	4,06
Hacer peticiones	5	20	14,60	2,89
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	5	20	12,25	3,33
Total	42	128	87,75	13,63

7.6.3.4.2. Resultados de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales se recogen en la Tabla 84. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 19. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en la autoexpresión en situaciones sociales  $F_{(4,2045)}=3,520$ ;  $MSE=21,998$ ;  $p<0,007$  (Véase Tabla 85). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la autoexpresión en situaciones sociales entre los adolescentes de la región Atlántica y Pacífica, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Pacífica y región Andina, siendo los adolescentes de la región Andina los que tienen mayor puntuación (Véase Tabla 86).

Tabla 84. Medias y desviaciones típicas de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función de la región.

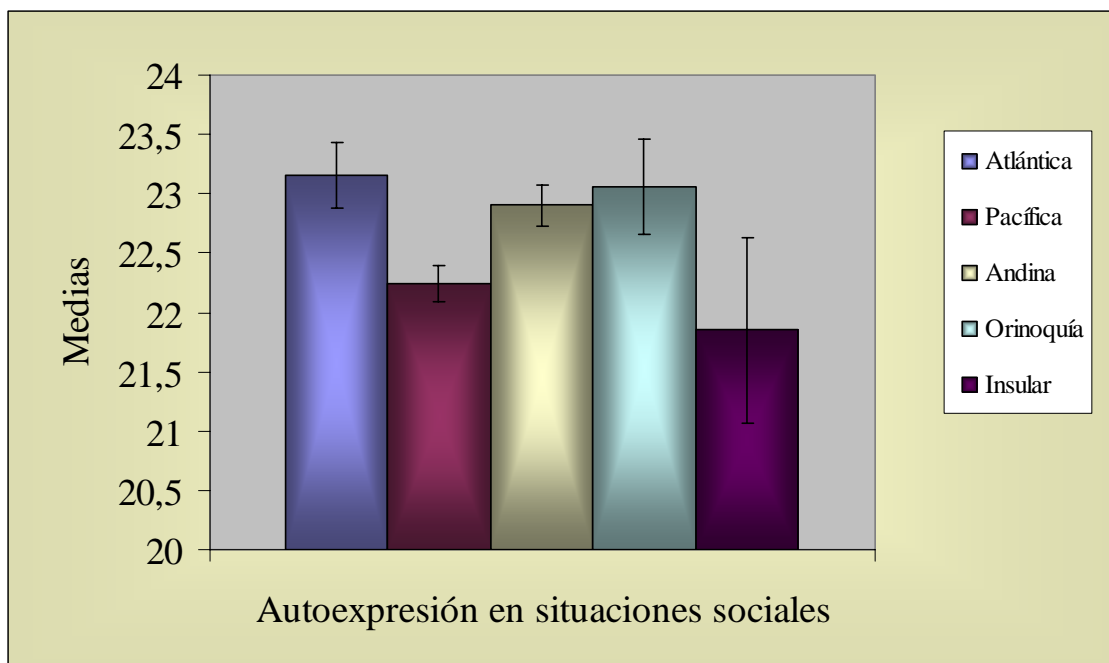
Escala	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Autoexpresión en situaciones sociales	23,16	4,77	22,24	4,66	22,90	4,77	23,06	3,88	21,85	5,02
Defensa de los propios derechos como consumidor	13,45	3,03	13,39	3,06	13,28	3,04	13,06	2,50	13,56	3,17
Expresión de enfado o disconformidad	9,60	2,96	9,81	2,88	9,92	2,86	10,31	3,19	10,42	3,17
Decir no y cortar interacciones	14,73	3,95	14,67	4,07	14,74	4,11	15,33	3,85	15,54	4,02
Hacer peticiones	14,72	3,84	14,63	2,84	14,58	2,96	14,22	3,02	13,93	2,87
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	12,25	3,51	12,19	3,37	12,18	3,34	13,09	2,77	12,85	3,48
Total	88,23	13,56	87,26	13,62	87,81	13,90	90,61	10,24	89,17	13,86

Tabla 85. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales de los adolescentes colombianos en función de la región.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoexpresión en situaciones sociales	4	77,438	3,520	0,007
Defensa de los propios derechos como consumidor	4	4,624	0,504	0,733
Expresión de enfado o disconformidad	4	14,102	1,669	0,154
Decir no y cortar interacciones	4	11,700	0,709	0,586
Hacer peticiones	4	9,438	1,127	0,342
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	4	22,330	2,022	0,089
Total	4	176,437	0,949	0,435

Tabla 86. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y autoexpresión en situaciones sociales.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,004	0,425	0,865	0,096
Pacífica			0,005	0,105	0,603
Andina				0,746	0,166
Orinoquía					0,168
Insular					



Gráfica 19. Medias de la autoexpresión en situaciones sociales en adolescentes colombianos en función de la región.

7.6.3.4.3. Resultados de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del sexo.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales se recogen en la Tabla 87. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 20. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en la defensa de los propios derechos como consumidor  $F_{(1,2068)}=6,895$ ;  $MSE=9,134$ ;  $p<0,009$ , expresión de enfado o disconformidad  $F_{(1,2104)}=7,127$ ;  $MSE=8,431$ ;  $p<0,008$ , iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto  $F_{(1,2093)}=134,768$ ;  $MSE=10,393$ ;  $p<0,001$  y habilidades

sociales totales  $F_{(1,1658)}=134,768$ ;  $MSE=184,249$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 88). Los varones adolescentes colombianos presentan una media mayor la defensa de los propios derechos como consumidor, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales comparado con las mujeres. Y las adolescentes colombianas presentan una media mayor en la expresión de enfado o disconformidad que los varones.

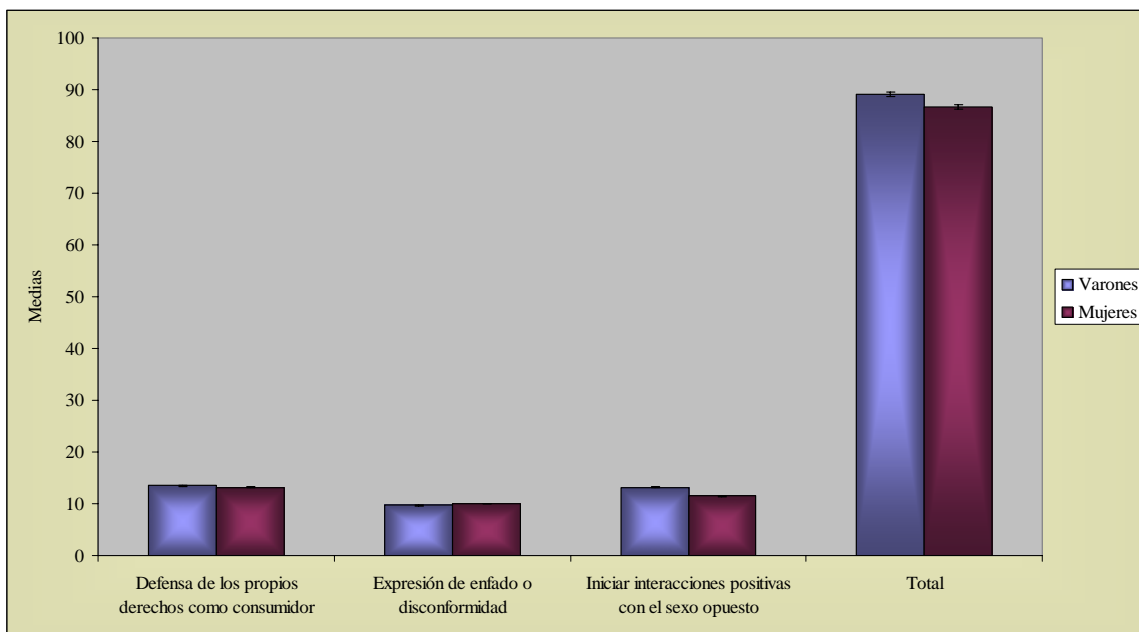
Tabla 87. Medias y desviaciones típicas de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del sexo.

Escala	Varones		Mujeres	
	M	D.T	M	D.T
Autoexpresión en situaciones sociales	22,59	4,73	22,65	4,68
Defensa de los propios derechos como consumidor	13,54	2,98	13,19	3,06
Expresión de enfado o disconformidad	9,67	2,86	10,00	2,94
Decir no y cortar interacciones	14,83	4,02	14,64	4,08
Hacer peticiones	14,70	2,98	14,51	2,82
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	13,14	3,22	11,50	3,22
Total	89,10	13,84	86,65	13,36



Tabla 88. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales de los adolescentes colombianos en función del sexo.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoexpresión en situaciones sociales	1	1,689	0,076	0,782
Defensa de los propios derechos como consumidor	1	62,978	6,895	0,009
Expresión de enfado o disconformidad	1	60,093	7,127	0,008
Decir no y cortar interacciones	1	17,210	1,047	0,306
Hacer peticiones	1	19,475	2,033	0,127
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	1	1400,630	134,768	0,000
Total	1	2444,090	13,265	0,000



Gráfica 20. Medias de la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del sexo.

7.6.3.4.4. Resultados de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales se recogen en la Tabla 89. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 21. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad en la autoexpresión en situaciones sociales  $F_{(2,2044)}=6,510$ ;  $MSE=21,971$ ;  $p<0,002$ , expresión de enfado o disconformidad  $F_{(2,2103)}=5,260$ ;  $MSE=8,420$ ;  $p<0,005$  y habilidades sociales totales  $F_{(2,1660)}=4,449$ ;  $MSE=184,762$ ;  $p<0,012$  (Véase Tabla 90).

En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la autoexpresión en situaciones sociales entre los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años y los de 17 a 18 años, siendo menor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 91).

De igual forma, se encuentran diferencias significativas en la expresión de enfado o disconformidad entre los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años y los de 17 a 18 años, siendo menor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 92).

A su vez, en las habilidades sociales totales se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años y los de 17 a 18 años, siendo menor la puntuación en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 93).

Tabla 89. Medias y desviaciones típicas de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función de la edad.

Escalas	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Autoexpresión en situaciones sociales	22,13	4,81	22,91	4,59	22,90	4,67
Defensa de los propios derechos como consumidor	13,36	3,03	13,23	3,01	13,57	3,04
Expresión de enfado o disconformidad	9,61	2,89	9,91	2,92	10,18	2,88
Decir no y cortar interacciones	14,53	3,95	14,83	4,16	14,88	4,00
Hacer peticiones	14,53	2,80	14,66	2,95	14,86	2,94
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	12,05	3,31	12,34	3,34	12,37	3,31
Total	86,34	13,51	88,32	13,52	88,69	13,92

Tabla 90. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales de los adolescentes colombianos en función de la edad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoexpresión en situaciones sociales	2	143,028	6,510	0,002
Defensa de los propios derechos como consumidor	2	15,936	1,743	0,175
Expresión de enfado o disconformidad	2	44,289	5,260	0,005
Decir no y cortar interacciones	2	22,844	1,390	0,249
Hacer peticiones	2	14,151	1,688	0,185
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	2	20,912	1,894	0,151
Total	2	821,968	4,449	0,012

Tabla 91. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y autoexpresión en situaciones sociales.

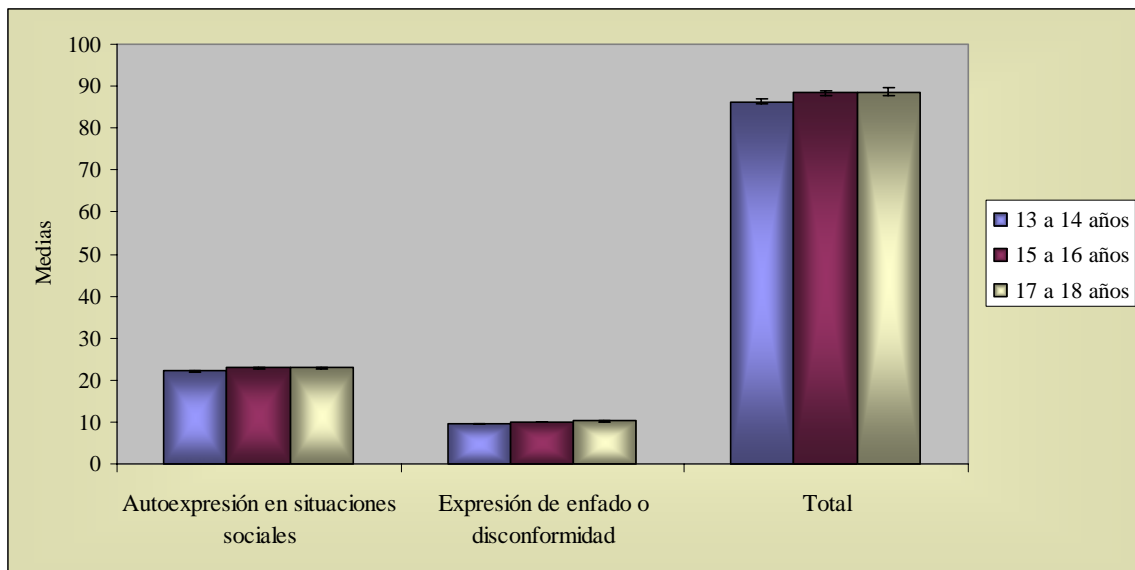
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,001	0,008
15 a 16 años			0,974
17 a 18 años			

Tabla 92. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y expresión de enfado o disconformidad.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,038	0,002
15 a 16 años			0,117
17 a 18 años			

Tabla 93. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y habilidades sociales totales.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,008	0,015
15 a 16 años			0,684
17 a 18 años			



Gráfica 21. Medias de la autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad y habilidades sociales total en adolescentes colombianos en función de la edad.

7.6.3.4.5. Resultados de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades

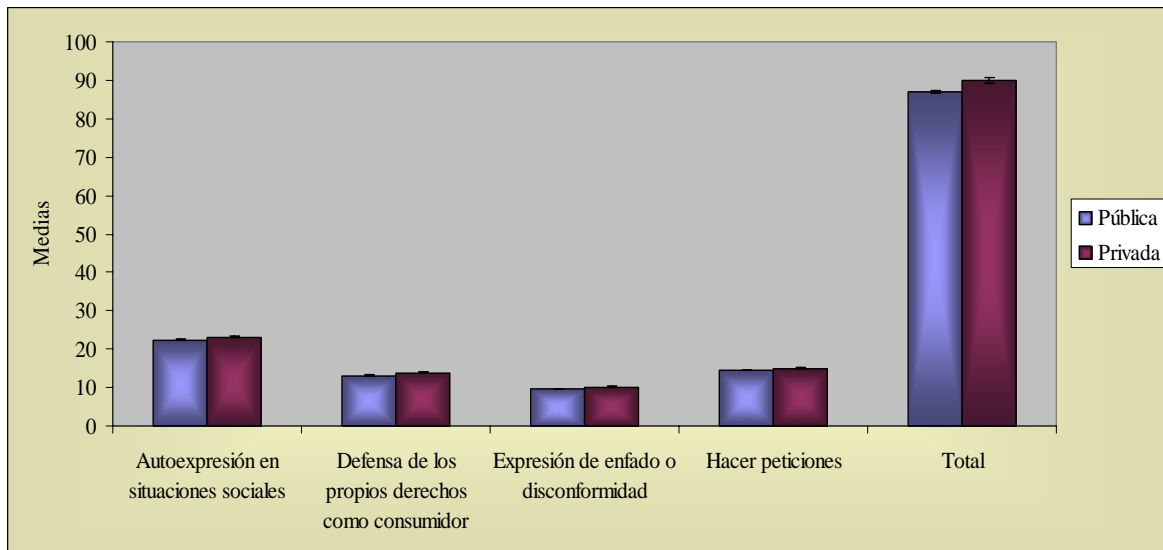
sociales totales se recogen en la Tabla 94. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 22. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en la autoexpresión en situaciones sociales  $F_{(1,2047)}=0,003$ ;  $MSE=22,033$ ;  $p<0,003$ , la defensa de los propios derechos como consumidor  $F_{(1,2071)}=21,786$ ;  $MSE=9,075$ ;  $p<0,000$ , expresión de enfado o disconformidad  $F_{(1,2107)}=7,605$ ;  $MSE=8,435$ ;  $p<0,006$ , hacer peticiones  $F_{(1,2101)}=10,673$ ;  $MSE=8,332$ ;  $p<0,001$  y habilidades sociales totales  $F_{(1,1661)}=16,211$ ;  $MSE=184,284$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 95). Los adolescentes colombianos de las instituciones privadas presentan una media mayor en la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, hacer peticiones y habilidades sociales totales que los adolescentes de las instituciones públicas (Véase Tabla 94).

Tabla 94. Medias y desviaciones típicas de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Pública		Privada	
	M	D.T	M	D.T
Autoexpresión en situaciones sociales	22,46	4,72	23,17	4,62
Defensa de los propios derechos como consumidor	13,17	3,00	13,88	3,04
Expresión de enfado o disconformidad	9,76	2,87	10,16	3,00
Decir no y cortar interacciones	14,67	4,05	14,93	4,09
Hacer peticiones	14,48	2,85	14,96	2,99
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	12,23	3,26	12,32	3,54
Total	86,95	13,60	90,00	13,51

Tabla 95. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoexpresión en situaciones sociales	1	191,723	8,702	0,003
Defensa de los propios derechos como consumidor	1	197,710	21,786	0,000
Expresión de enfado o disconformidad	1	64,146	7,605	0,006
Decir no y cortar interacciones	1	25,180	1,527	0,217
Hacer peticiones	1	88,929	10,673	0,001
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	1	3,182	0,287	0,592
Total	1	2987,461	16,211	0,000



Gráfica 22. Medias de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, hacer peticiones y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.4.6. Resultados de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales se recogen en la Tabla 96. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 23. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en la autoexpresión en situaciones sociales  $F_{(3,2046)}=11,812$ ;  $MSE=21,762$ ;  $p<0,000$ , expresión de enfado o disconformidad  $F_{(1,2106)}=8,893$ ;  $MSE=8,893$ ;  $p<0,000$  y habilidades sociales totales  $F_{(3,1660)}=5,246$ ;  $MSE=184,455$ ;  $p<0,001$  (Véase Tabla 97). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la autoexpresión en situaciones sociales entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de noveno, décimo y undécimo, siendo menor la puntuación en los adolescentes de octavo. De igual forma, los adolescentes de undécimo presentan diferencias mínimas significativas con los adolescentes de octavo, noveno y décimo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 98).

Con relación a la expresión de enfado o disconformidad, los adolescentes de undécimo presentan diferencias mínimas significativas con los adolescentes de octavo, noveno y décimo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 99).

En las habilidades sociales totales se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de undécimo y los adolescentes de noveno y décimo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de undécimo. De igual forma, se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de décimo y octavo, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de décimo (Véase Tabla 100).



Tabla 96. Medias y desviaciones típicas de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Autoexpresión en situaciones sociales	21,48	5,01	22,53	4,61	22,65	4,67	23,37	4,50
Defensa de los propios derechos como consumidor	13,25	3,09	13,26	3,00	13,20	2,88	13,63	3,13
Expresión de enfado o disconformidad	9,61	3,14	9,53	2,78	9,83	2,94	10,34	2,78
Decir no y cortar interacciones	14,39	4,00	14,63	3,98	14,78	4,25	14,99	3,98
Hacer peticiones	14,37	2,74	14,59	2,95	14,59	2,91	14,74	2,92
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	11,97	3,21	12,44	3,32	12,35	3,24	12,13	3,47
Total	85,46	13,80	87,10	13,34	87,80	14,15	89,41	13,10

Tabla 97. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoexpresión en situaciones sociales	3	257,038	11,812	0,000
Defensa de los propios derechos como consumidor	3	22,444	2,455	0,061
Expresión de enfado o disconformidad	3	74,384	8,893	0,000
Decir no y cortar interacciones	3	27,767	1,685	0,168
Hacer peticiones	3	10,188	1,217	0,302
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	3	20,382	1,844	0,137
Total	3	967,565	5,246	0,001

Tabla 98. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y autoexpresión en situaciones sociales.

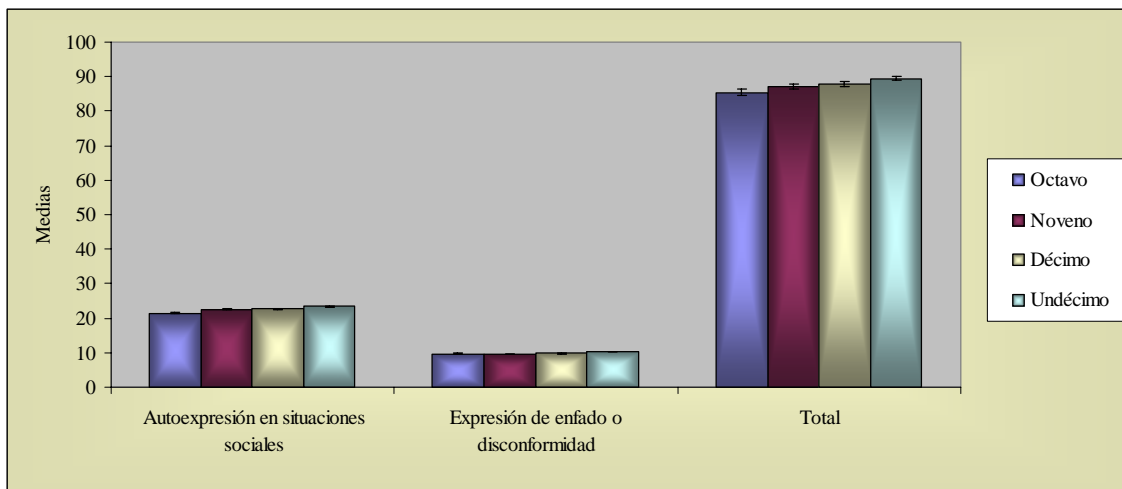
	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,001	0,000	0,000
Noveno			0,653	0,002
Décimo				0,009
Undécimo				

Tabla 99. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y expresión de enfado o disconformidad.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,683	0,269	0,000
Noveno			0,085	0,000
Décimo				0,002
Undécimo				

Tabla 100. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y habilidades sociales totales.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,126	0,026	0,000
Noveno			0,439	0,010
Décimo				0,063
Undécimo				



Gráfica 23. Medias de la autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad y habilidades sociales totales en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

7.6.3.5. Resultados de la búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre la búsqueda de sensaciones se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, de la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas

robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

#### 7.6.3.5.1. Resultados descriptivos de la búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las escalas del Cuestionario de Búsqueda de Sensaciones Forma V. Se calcularon la puntuación mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 101).

Tabla 101. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Búsqueda de emociones y aventuras	0	10	6,61	2,23
Búsqueda de experiencias	0	10	4,06	1,73
Desinhibición	0	10	3,51	2,17
Susceptibilidad al aburrimiento	0	10	3,10	1,85
Total	3	32	17,16	5,10

#### 7.6.3.5.2. Resultados de la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total se recogen en la Tabla

102. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 24. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en la búsqueda de emociones y aventuras  $F_{(4,2071)}=4,814$ ;  $MSE=4,934$ ;  $p<0,001$ , la búsqueda de experiencias  $F_{(4,2061)}=10,554$ ;  $MSE=2,946$ ;  $p<0,000$ , la desinhibición  $F_{(4,1926)}=9,054$ ;  $MSE=4,618$ ;  $p<0,000$ , la susceptibilidad al aburrimiento  $F_{(4,1998)}=3,846$ ;  $MSE=3,404$ ;  $p<0,004$  y el total de búsqueda de sensaciones  $F_{(4,1677)}=9,115$ ;  $MSE=25,548$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 103). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la búsqueda de emociones y aventuras entre los adolescentes de la región Orinoquía y las otras regiones de Colombia, siendo mayor la puntuación en la Orinoquía. A su vez, se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la Orinoquía y la región Insular, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la Orinoquía. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Andina y la región Atlántica, siendo los adolescentes de la región Andina los que tienen mayor puntuación (Véase Tabla 104).

Con relación a la búsqueda de experiencias se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las regiones Pacífica, Andina y Orinoquía, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Insular y las regiones Pacífica, Andina y Orinoquía, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Insular (Véase Tabla 105).

Se encontraron diferencias mínimas significativas en la desinhibición entre los adolescentes de la región Atlántica y las regiones Pacífica, Andina y Orinoquía, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. A su vez, se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la Orinoquía y las regiones Andina e Insular, siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la Orinoquía. Por último, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Andina y la región Pacífica, siendo los adolescentes de la región Andina los que tienen menor puntuación (Véase Tabla 106).

Con relación a la susceptibilidad al aburrimiento se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las otras regiones de

Colombia, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. No se encuentran diferencias significativas entre las otras regiones (Véase Tabla 107).

En la búsqueda de sensaciones total se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las regiones Pacífica, Andina y Orinoquía, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Orinoquía y las regiones Pacífica y Andina, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Orinoquía. A su vez, se encuentran diferencias entre la región Insular y la Orinoquía siendo mayor la puntuación de los adolescentes de la región Orinoquía (Véase Tabla 108).

Tabla 102. Medias y desviaciones típicas de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función de la región.

	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Búsqueda de emociones y aventuras	6,38	2,21	6,52	2,29	6,72	2,16	7,38	1,91	6,20	2,41
Búsqueda de experiencias	3,51	1,71	4,14	1,75	4,16	1,71	4,41	1,59	3,57	1,45
Desinhibición	2,89	1,99	3,70	2,13	3,46	3,21	4,06	2,48	2,27	1,84
Susceptibilidad al aburrimiento	2,73	1,81	3,19	1,85	3,10	1,88	3,19	1,69	3,46	1,85
Total	15,57	4,87	17,47	5,07	17,32	5,10	18,68	5,20	16,67	4,91

Tabla 103. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones de los adolescentes colombianos en función de la región.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de emociones y aventuras	4	23,752	4,814	0,001
Búsqueda de experiencias	4	31,086	10,554	0,000
Desinhibición	4	41,808	9,054	0,000
Susceptibilidad al aburrimiento	4	13,091	3,846	0,004
Total	4	232,877	9,115	0,000

Tabla 104. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y búsqueda de emociones y aventuras.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,354	0,030	0,000	0,614
Pacífica			0,078	0,000	0,352
Andina				0,006	0,136
Orinoquía					0,004
Insular					

Tabla 105. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y búsqueda de experiencias.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,000	0,834
Pacífica			0,769	0,146	0,031
Andina				0,194	0,026
Orinoquía					0,007
Insular					

Tabla 106. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y desinhibición.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,000	0,295
Pacífica			0,029	0,154	0,202
Andina				0,018	0,568
Orinoquía					0,054
Insular					

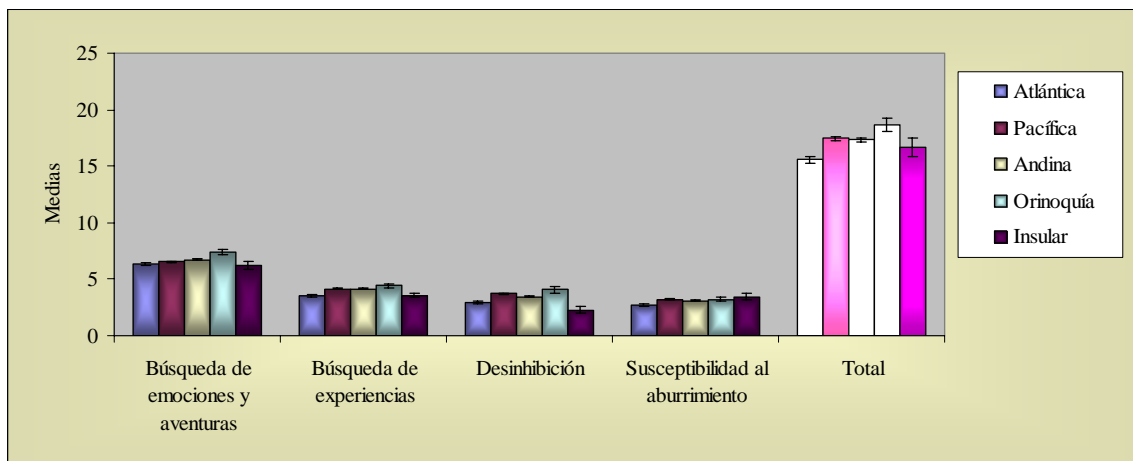
Tabla 107. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y susceptibilidad al aburrimiento.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,004	0,035	0,015
Pacífica			0,370	0,973	0,334
Andina				0,656	0,212
Orinoquía					0,425
Insular					

Tabla 108. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y búsqueda de sensaciones total.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,000	0,197
Pacífica			0,585	0,050	0,330
Andina				0,029	0,434
Orinoquía					0,043
Insular					





Gráfica 24. Medias de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función de la región.

7.6.3.5.3. Resultados de la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos en función del sexo.

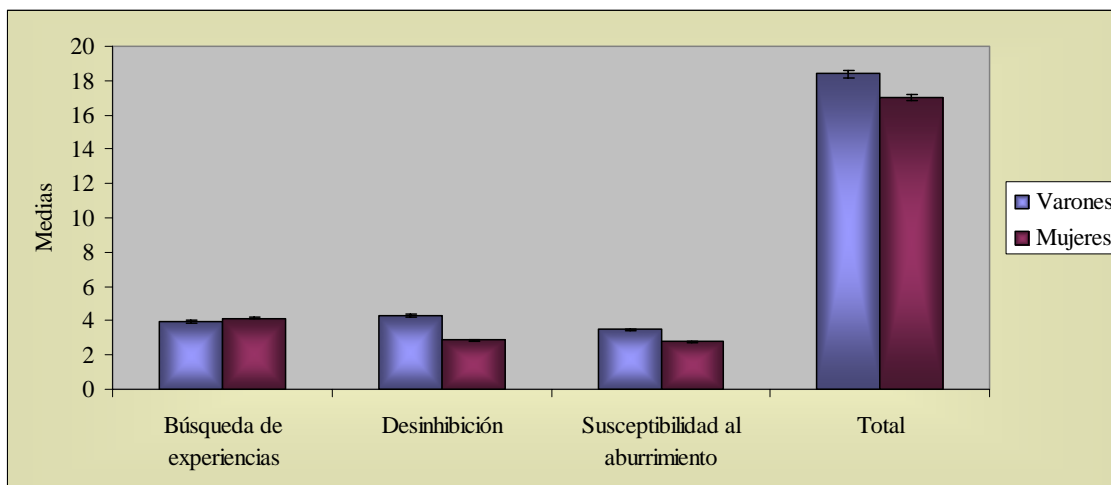
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total se recogen en la Tabla 109. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 25. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en la búsqueda de experiencias  $F_{(4,2060)}=6,294$ ;  $MSE=2,993$ ;  $p<0,012$ , la desinhibición  $F_{(1,1924)}=226,278$ ;  $MSE=4,206$ ;  $p<0,000$ , la susceptibilidad al aburrimiento  $F_{(1,1997)}=78,023$ ;  $MSE=3,301$ ;  $p<0,000$  y el total de búsqueda de sensaciones  $F_{(1,1677)}=80,042$ ;  $MSE=24,885$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 110). Los varones adolescentes colombianos presentan mayor desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y mayor búsqueda de emociones en general comparado con las mujeres. Por el contrario, las mujeres adolescentes presentan mayor nivel en la búsqueda de experiencias. No se encuentran diferencias significativas en la búsqueda de emociones y aventuras entre los adolescentes en función de las regiones de Colombia.

Tabla 109. Medias y desviaciones típicas de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función del sexo.

Escala	Varones		Mujeres	
	M	D.T	M	D.T
Búsqueda de emociones y aventuras	6,69	2,15	6,54	2,30
Búsqueda de experiencias	3,95	1,67	4,14	1,77
Desinhibición	4,28	2,12	2,86	1,99
Susceptibilidad al aburrimiento	3,49	1,88	2,77	1,75
Total	18,38	4,89	16,99	5,06

Tabla 110. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones de los adolescentes colombianos en función del sexo.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de emociones y aventuras	1	11,658	2,345	0,126
Búsqueda de experiencias	1	18,839	6,294	0,012
Desinhibición	1	951,650	226,278	0,000
Susceptibilidad al aburrimiento	1	257,581	78,023	0,000
Total	1	1991,800	80,042	0,000



Gráfica 25. Medias de la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función del sexo.

7.6.3.5.4. Resultados de la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total se recogen en la Tabla 111. El análisis realizado no indica diferencias significativas en ninguna de las escalas de la búsqueda de sensaciones en función de la edad (Véase Tabla 112).

Tabla 111. Medias y desviaciones típicas de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función de la edad.

Escala	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Búsqueda de emociones y aventuras	6,69	2,16	6,62	2,24	6,41	2,33
Búsqueda de experiencias	3,94	1,67	4,10	1,78	4,16	1,73
Desinhibición	3,45	2,17	3,52	2,18	3,60	2,14
Susceptibilidad al aburrimiento	3,10	1,86	3,05	1,81	3,20	1,92
Total	17,02	5,01	17,22	5,04	17,27	5,41

Tabla 112. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones de los adolescentes colombianos en función de la edad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de emociones y aventuras	2	10,460	2,107	0,122
Búsqueda de experiencias	2	7,972	2,657	0,070
Desinhibición	2	2,856	0,608	0,544
Susceptibilidad al aburrimiento	2	2,946	0,860	0,423
Total	2	9,216	0,354	0,702

7.6.3.5.5. Resultados de la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

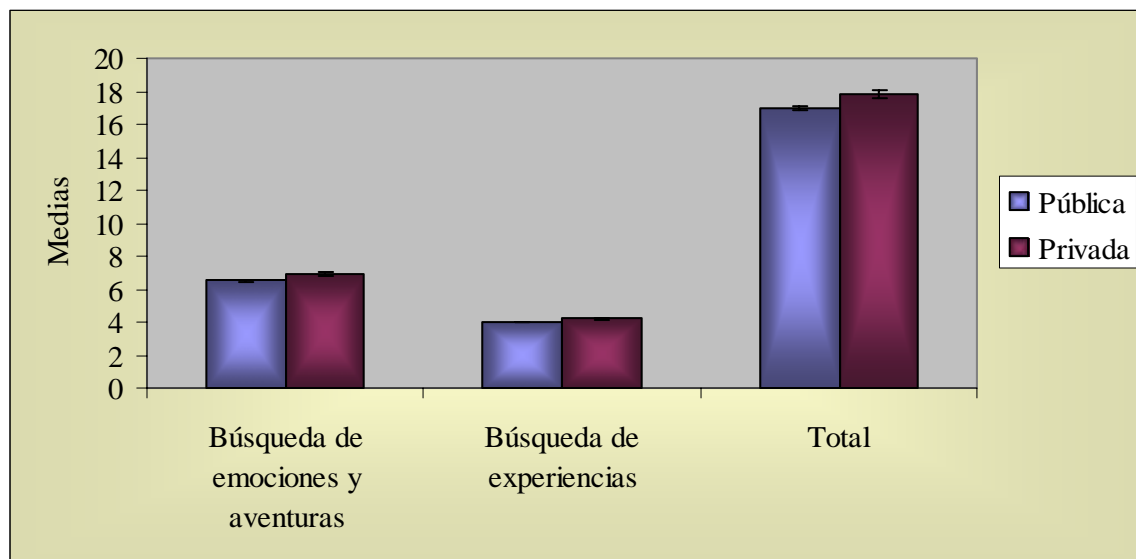
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total se recogen en la Tabla 113. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 26. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en la búsqueda de emociones y aventuras  $F_{(1,2073)}=13,795$ ;  $MSE=4,939$ ;  $p<0,000$ , la búsqueda de experiencias  $F_{(1,2063)}=3,934$ ;  $MSE=2,997$ ;  $p<0,047$ , y el total de búsqueda de sensaciones  $F_{(1,1679)}=9,125$ ;  $MSE=25,929$ ;  $p<0,003$  (Véase Tabla 114). Los adolescentes colombianos que estudian en las instituciones educativas privadas presentan una media mayor en la búsqueda de emociones y aventuras, en la búsqueda de experiencias y en la puntuación total de la búsqueda de emociones que los adolescente de las instituciones educativas públicas (Véase Tabla 113).

Tabla 113. Medias y desviaciones típicas de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Pública		Privada	
	M	D.T	M	D.T
Búsqueda de emociones y aventuras	6,50	2,21	6,93	2,26
Búsqueda de experiencias	4,01	1,74	4,19	1,71
Desinhibición	3,49	2,17	3,58	2,17
Susceptibilidad al aburrimiento	3,09	1,87	3,11	1,80
Total	16,94	5,05	17,80	5,22

Tabla 114. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de emociones y aventuras	1	68,134	13,795	0,000
Búsqueda de experiencias	1	11,790	3,934	0,047
Desinhibición	1	2,863	0,609	0,435
Susceptibilidad al aburrimiento	1	0,181	0,053	0,818
Total	1	236,613	9,125	0,003



Gráfica 26. Medias de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.5.6. Resultados de la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones total se recogen en la Tabla 115. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 27. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en la búsqueda de experiencias  $F_{(3,2062)}=2,879$ ;  $MSE=2,992$ ;  $p<0,035$  (Véase Tabla 116). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la búsqueda de experiencias entre los adolescentes de Undécimo y los adolescentes de octavo y noveno, siendo mayor la puntuación en los adolescentes de Undécimo (Véase Tabla 117). No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las otras escalas en función del nivel de escolaridad.

Tabla 115. Medias y desviaciones típicas de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

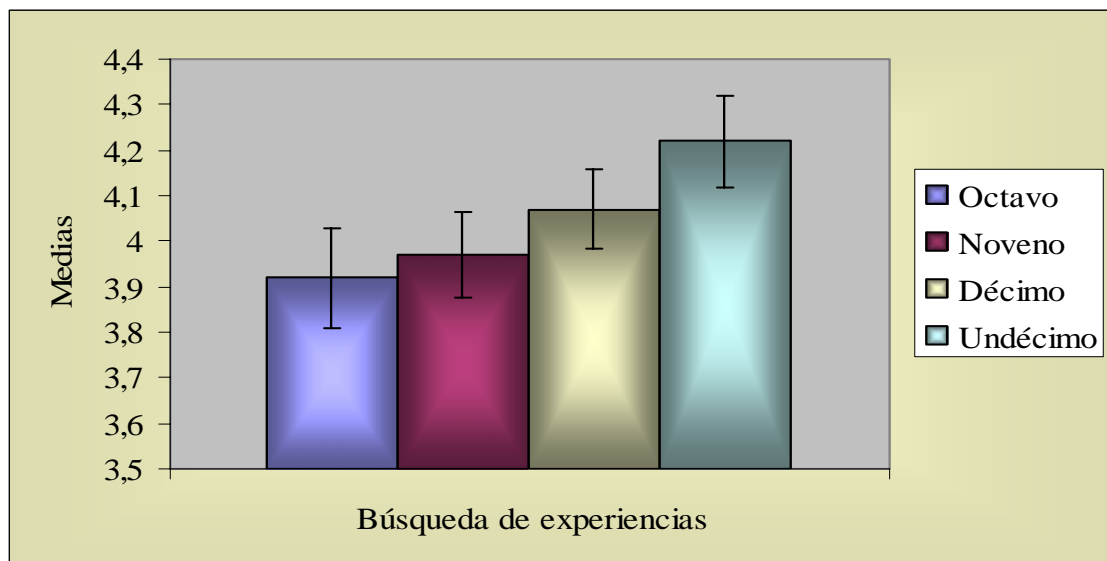
	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Búsqueda de emociones y aventuras	6,43	2,05	6,81	2,19	6,52	2,14	6,60	2,43
Búsqueda de experiencias	3,92	1,60	3,97	1,77	4,07	1,78	4,22	1,71
Desinhibición	3,55	2,15	3,47	2,17	3,65	2,19	3,38	2,15
Susceptibilidad al aburrimiento	3,22	1,93	3,12	1,83	3,11	1,84	3,00	1,82
Total	16,85	4,85	17,22	5,15	17,32	5,07	17,10	5,23

Tabla 116. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de la búsqueda de emociones y aventuras, la búsqueda de experiencias, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y el total de búsqueda de sensaciones de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de emociones y aventuras	3	12,731	2,567	0,053
Búsqueda de experiencias	3	8,613	2,879	0,035
Desinhibición	3	6,706	1,429	0,232
Susceptibilidad al aburrimiento	3	3,903	1,140	0,331
Total	3	14,107	0,541	0,654

Tabla 117. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y búsqueda de experiencias.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,648	0,200	0,011
Noveno			0,350	0,017
Décimo				0,140
Undécimo				



Gráfica 27. Medias de la búsqueda de experiencias en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.



7.6.3.6. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre las conductas antisocial y delictiva se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, de la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

7.6.3.6.1. Resultados descriptivos de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos.

Se realiza una descripción de cada una de las escalas del Cuestionario de Conductas Antisociales- Delictivas AD. Se calcularon las puntuación mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 118).

Tabla 118. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en las conductas antisocial y delictiva en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Conducta antisocial	0	20	6,14	4,87
Conducta delictiva	0	20	1,29	2,48

7.6.3.6.2. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la conducta antisocial y delictiva se recogen en la Tabla 119. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 28. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en la conducta antisocial  $F_{(4,2108)}=8,886$ ;  $MSE=23,331$ ;  $p<0,000$  y en la conducta delictiva  $F_{(4,2136)}=4,512$ ;  $MSE=6,097$ ;  $p<0,001$  (Véase Tabla 120). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la conducta antisocial entre los adolescentes de la región Atlántica y las otras regiones, siendo la puntuación de los adolescentes de la región atlántica los que menos conducta antisocial tienen. Aunque la puntuación de la conducta antisocial en los adolescentes de la Orinoquía solo existen diferencias mínimas significativas en comparación con la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias mínimas significativas entre la región Pacífica y la Andina, siendo mayor la conducta antisocial en la región Andina (Véase Tabla 121). Con relación a la conducta delictiva se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de la región Atlántica y las regiones Pacífica y Andina, siendo menor la conducta delictiva en la región Atlántica. No se encuentran diferencias significativas en la conducta delictiva entre las otras regiones (Véase Tabla 122).

Tabla 119. Medias y desviaciones típicas de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función de la región.

	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Antisocial	4,78	4,11	6,06	4,97	6,67	4,91	6,93	4,73	6,34	5,09
Delictiva	0,75	1,93	1,41	2,90	1,37	2,39	1,19	2,30	1,10	2,13

Tabla 120. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta antisocial y delictiva de los adolescentes colombianos en función de la región.

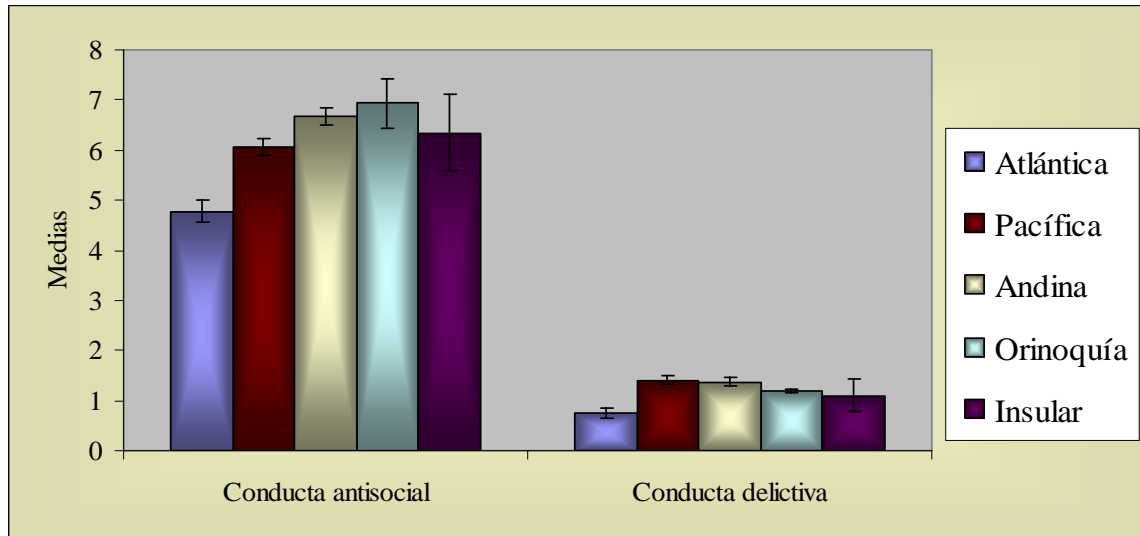
	gl	Media cuadrática	F	Sig
Antisocial	4	207,319	8,886	0,000
Delictiva	4	27,512	4,512	0,001

Tabla 121. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables región geográfica y conducta antisocial.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,000	0,045
Pacífica			0,010	0,094	0,706
Andina				0,623	0,661
Orinoquía					0,505
Insular					

Tabla 122. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables región geográfica y conducta delictiva.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,000	0,134	0,398
Pacífica			0,760	0,395	0,399
Andina				0,483	0,458
Orinoquía					0,830
Insular					



Gráfica 28. Medias de las conductas antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función de la región geográfica.

7.6.3.6.3. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función del sexo.

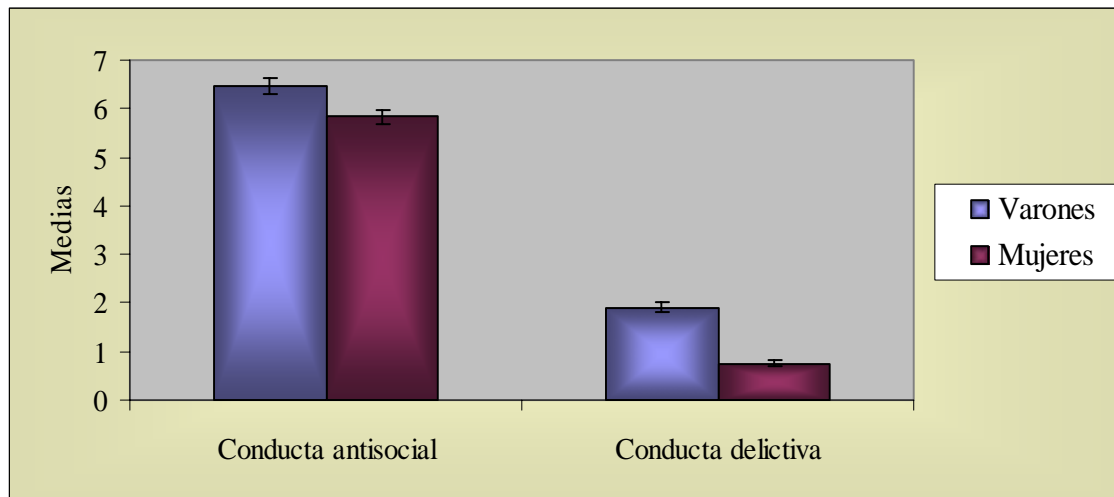
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la conducta antisocial y delictiva se recogen en la Tabla 123. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 29. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en la conducta antisocial  $F_{(1,2107)}=9,285$ ;  $MSE=23,601$ ;  $p<0,002$  y en la conducta delictiva  $F_{(1,2136)}=121,380$ ;  $MSE=5,817$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 124). Los varones adolescentes colombianos presentan una media mayor en la conducta antisocial y delictiva comparada con las mujeres.

Tabla 123. Medias y desviaciones típicas de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función del sexo.

	Sexo			
	Varones		Mujeres	
Escalas	M	D.T	M	D.T
Antisocial	6,48	5,09	5,83	4,65
Delictiva	1,91	3,07	0,76	1,66

Tabla 124. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta antisocial y delictiva de los adolescentes colombianos en función del sexo.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Antisocial	1	219,140	9,285	0,002
Delictiva	1	706,053	121,380	0,000



Gráfica 29. Medias de las conductas antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función del sexo.

#### 7.6.3.6.4. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la conducta antisocial y delictiva se recogen en la Tabla 125. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 30. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad en la conducta antisocial  $F_{(2,2106)}=7,614$ ;  $MSE=23,534$ ;  $p<0,001$  pero no en la conducta delictiva (Véase Tabla 126). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la conducta antisocial entre los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de 15 a 16 años y de 17 a 18 años, siendo los adolescentes de 13 a 14 años los que menor puntuación tienen en la conducta

antisocial (Véase Tabla 127). No se encuentran diferencias significativas en la conducta delictiva en función de la región.

Tabla 125. Medias y desviaciones típicas de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función de la edad.

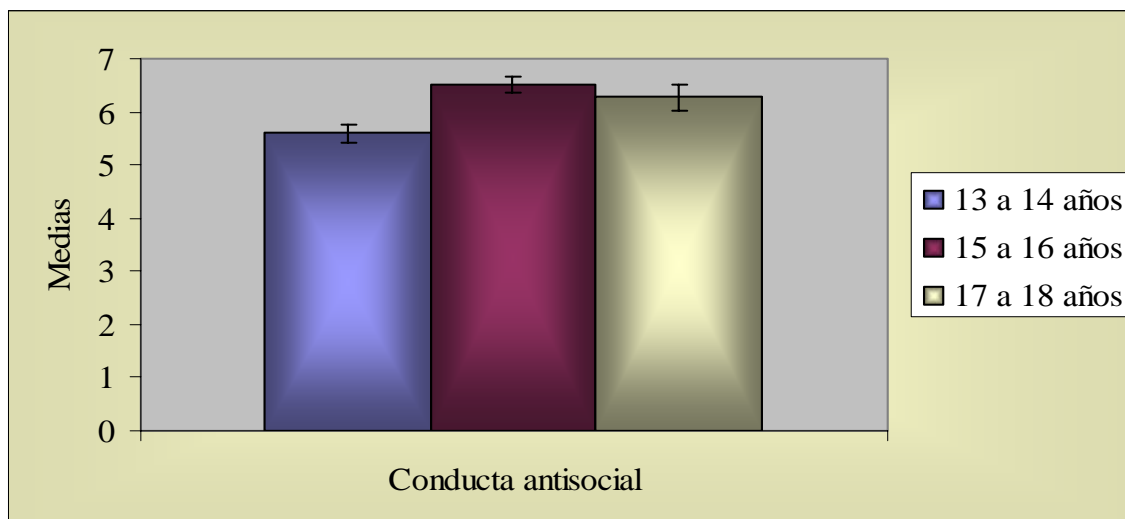
	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
Escalas	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Antisocial	5,59	4,74	6,50	4,87	6,28	5,00
Delictiva	1,27	2,75	1,25	2,20	1,41	2,59

Tabla 126. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta antisocial y delictiva de los adolescentes colombianos en función de la edad.

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Antisocial	2	179,179	7,614	0,001
Delictiva	2	3,864	0,628	0,534

Tabla 127. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y conducta antisocial.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,000	0,021
15 a 16 años			0,433
17 a 18 años			



Gráfica 30. Medias de la conducta antisocial en adolescentes colombianos en función de la edad.

#### 7.6.3.6.5. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

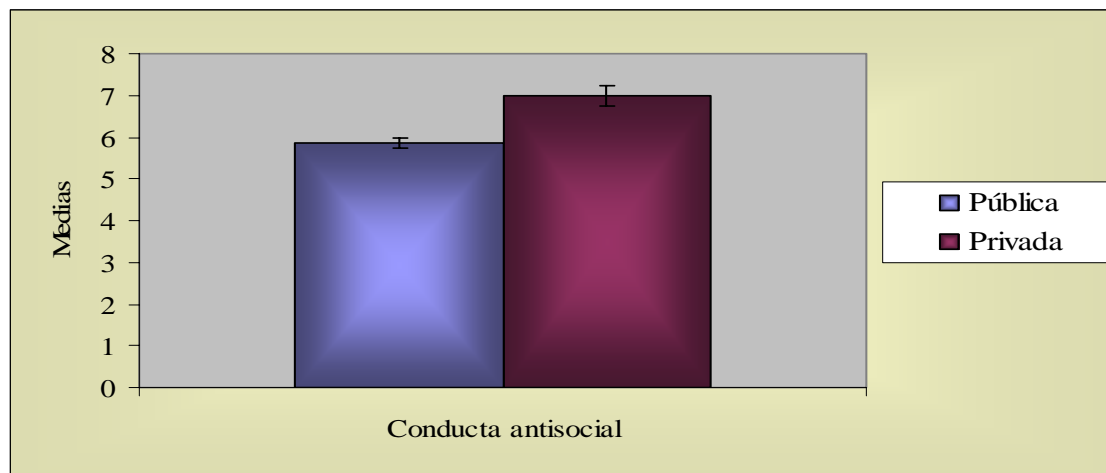
Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la conducta antisocial y delictiva se recogen en la Tabla 128. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 31. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en la conducta antisocial  $F_{(1,2110)}=21,191$ ;  $MSE=23,464$ ;  $p<0,00$  pero no en la conducta delictiva (Véase Tabla 129). Los adolescentes colombianos que estudian en las instituciones educativas privadas presentan una media mayor en la conducta antisocial que los adolescente de las instituciones educativas públicas (Véase Tabla 128).

Tabla 128. Medias y desviaciones típicas de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Tipo de institución educativa			
	Pública		Privada	
	M	D.T	M	D.T
Antisocial	5,86	4,69	6,99	5,29
Delictiva	1,25	2,46	1,40	2,53

Tabla 129. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta antisocial y delictiva de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

.	gl	Media cuadrática	F	Sig
Antisocial	1	497,243	21,191	0,000
Delictiva	1	9,216	1,501	0,221



Gráfica 31. Medias de la conducta antisocial en adolescentes colombianos en función de la institución educativa.



7.6.3.6.6. Resultados de las conductas antisocial y delictiva en los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la conducta antisocial y delictiva se recogen en la Tabla 130. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 32 .El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en la conducta antisocial  $F_{(3,2109)}=7,314$ ;  $MSE=23,469$ ;  $p<0,00$  pero no en la conducta delictiva (Véase Tabla 131). El análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM permite encontraron diferencias mínimas significativas en la conducta antisocial entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de noveno, décimo y undécimo, siendo menor la puntuación en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 132). No se encuentran diferencias significativas en la conducta delictiva en función del nivel de escolaridad.

Tabla 130. Medias y desviaciones típicas de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

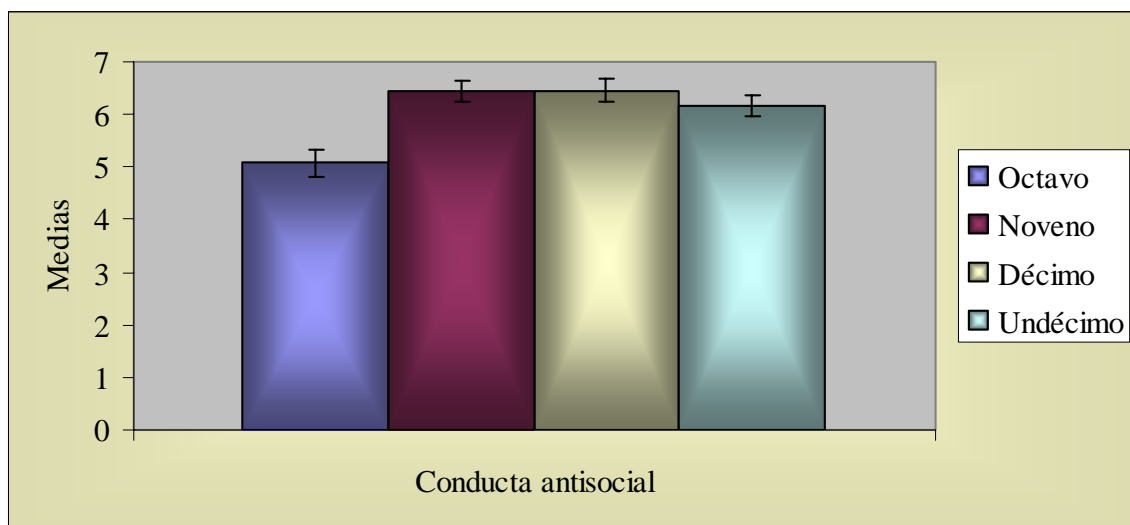
	Nivel de escolaridad							
	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Antisocial	5,08	4,69	6,44	4,97	6,46	5,05	6,16	4,60
Delictiva	1,45	3,17	1,30	2,37	1,28	2,23	1,19	2,33

Tabla 131. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta antisocial y delictiva de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Antisocial	3	171,639	7,314	0,000
Delictiva	3	5,276	0,860	0,461

Tabla 132. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y conducta antisocial.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,000	0,000	0,001
Noveno			0,959	0,330
Décimo				0,297
Undécimo				



Gráfica 32. Medias de la conducta antisocial en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

7.6.3.7 Resultados de los rasgos psicopatológicos en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas de Colombia, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad.

Para la presentación de los resultados sobre los rasgos psicopatológicos se realizan dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro univariado (análisis de varianza ANOVA) en función de las regiones geográficas, del sexo, de la edad, del tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad de los adolescentes colombianos. Previamente se realizó la prueba de homogeneidad de la muestra con las pruebas robustas de igualdad de las medias Brown-Forsythe siendo todas significativas. Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las diferencias encontradas se realizaron comparaciones no planeadas usando el método de la diferencia mínima significativa de Fisher (DMS) en cada uno de los factores sociodemográficos.

7.6.3.7.1. Resultados descriptivos de los rasgos psicopatológicos en adolescentes colombianos

Se realiza una descripción de cada una de la Escala de Habilidades Sociales (B). Se calcularon las puntuación mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 133).

Tabla 133. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Somatización	0	3,67	0,97	0,61
Obsesión compulsión	0	3,7	1,02	0,60
Sensibilidad interpersonal	0	3,89	0,98	0,64
Depresión	0	3,69	0,97	0,65
Ansiedad	0	3,9	0,91	0,66
Hostilidad	0	4	0,92	0,74
Ansiedad fóbica	0	3,57	0,66	0,62
Ideación Paranoide	0	4	1,00	0,67
Psicoticismo	0	3,6	0,81	0,62
Escala adicional	0	3,71	1,05	0,68

7.6.3.7.2. Resultados de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos en función de las regiones geográficas.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se recogen en la Tabla 134. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 33. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de las regiones geográficas en la ansiedad  $F_{(4,2052)}=4,405$ ;  $MSE=0,428$ ;  $p<0,002$  y la hostilidad  $F_{(4,2097)}=2,634$ ;  $MSE=0,551$ ;  $p<0,033$  (Véase Tabla 135). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la ansiedad entre los adolescentes de la región Atlántica y las regiones Pacífica y Andina, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica. De igual forma, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones entre los adolescentes de la región Orinoquía y la

región Pacífica, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la Orinoquía; a su vez, los adolescentes de la región Insular tiene menor puntuación que los adolescentes de la región Pacífica (Véase Tabla 136).

Con relación a la hostilidad se encontraron diferencias mínimas entre los adolescentes de la región Atlántica y los adolescentes de las otras regiones de Colombia, siendo menor la puntuación de los adolescentes de la región Atlántica (Véase Tabla 137).

Tabla 134. Medias y desviaciones típicas de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función de la región.

	Atlántica		Pacífica		Andina		Orinoquía		Insular	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Somatización	0,96	0,56	1,00	0,63	0,98	0,61	0,87	0,56	0,78	0,37
Obsesión										
compulsión	0,97	0,57	1,05	0,60	1,02	0,61	0,98	0,58	1,00	0,56
Sensibilidad										
interpersonal	0,96	0,57	0,98	0,67	1,00	0,65	1,06	0,68	0,81	0,46
Depresión	0,90	0,56	0,98	0,66	0,98	0,67	0,92	0,64	0,90	0,58
Ansiedad	0,81	0,59	0,96	0,67	0,92	0,67	0,81	0,60	0,76	0,51
Hostilidad	0,79	0,67	0,94	0,76	0,93	0,75	0,96	0,80	0,98	0,58
Ansiedad fóbica	0,62	0,56	0,68	0,64	0,67	0,64	0,62	0,55	0,47	0,46
Ideación										
Paranoide	0,94	0,60	1,00	0,69	1,03	0,67	0,99	0,62	0,89	0,51
Psicoticismo	0,75	0,54	0,83	0,64	0,83	0,64	0,73	0,58	0,66	0,43
Escala adicional	1,01	0,62	1,07	0,70	1,06	0,68	0,97	0,61	1,00	0,60

Tabla 135. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional de los adolescentes colombianos en función de la región.

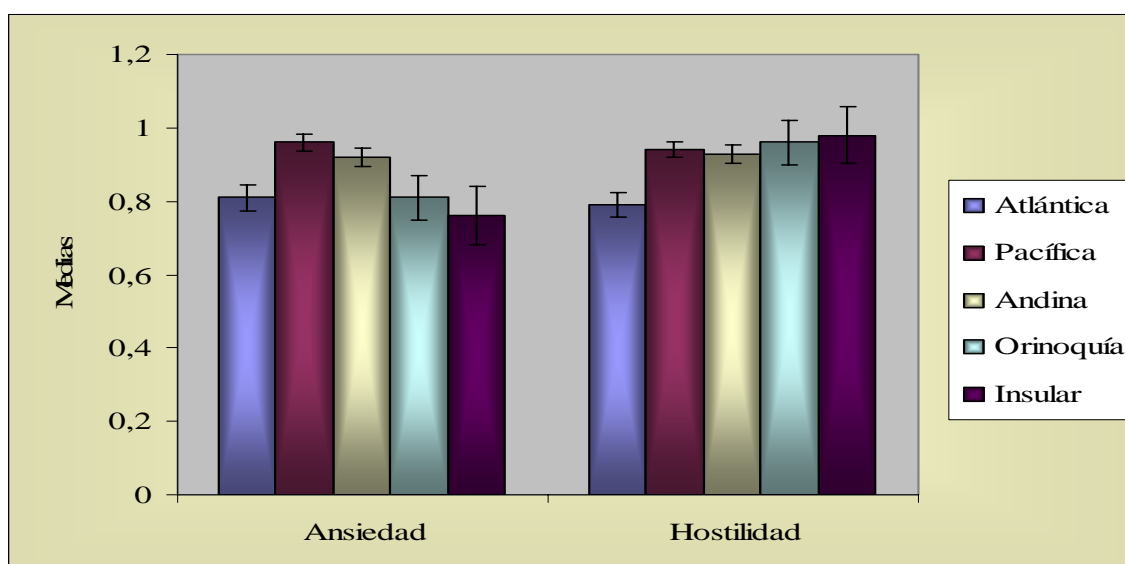
	gl	Media cuadrática	F	Sig
Somatización	4	0,736	1,989	0,094
Obsesión compulsión	4	0,430	1,204	0,307
Sensibilidad interpersonal	4	0,512	1,235	0,294
Depresión	4	0,504	1,200	0,309
Ansiedad	4	1,885	4,405	0,002
Hostilidad	4	1,452	2,634	0,033
Ansiedad fóbica	4	0,614	1,587	0,175
Ideación Paranoide	4	0,501	1,127	0,342
Psicoticismo	4	0,816	2,117	0,076
Escala adicional	4	0,388	0,850	0,493

Tabla 136. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y ansiedad.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,000	0,016	0,942	0,643
Pacífica			0,150	0,034	0,046
Andina				0,150	0,126
Orinoquía					0,647
Insular					

Tabla 137. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables regiones geográficas y hostilidad.

	Atlántica	Pacífica	Andina	Orinoquía	Insular
Atlántica		0,002	0,006	0,052	0,119
Pacífica			0,749	0,835	0,751
Andina				0,724	0,677
Orinoquía					0,881
Insular					



Gráfica 33. Medias de la ansiedad y la hostilidad en adolescentes colombianos en función de la región.

7.6.3.7.3. Resultados del somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos en función del sexo.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se recogen en la Tabla 138. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 34. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del sexo en la somatización  $F_{(1,2014)}=62,089$ ;  $MSE=0,360$ ;  $p<0,000$ , sensibilidad interpersonal  $F_{(1,2039)}=36,398$ ;  $MSE=0,480$ ;  $p<0,000$ , depresión  $F_{(1,1967)}=78,331$ ;  $MSE=0,405$ ;  $p<0,000$ , ansiedad  $F_{(1,2050)}=37,188$ ;  $MSE=0,423$ ;  $p<0,000$ , hostilidad  $F_{(1,2096)}=7,282$ ;  $MSE=0,552$ ;  $p<0,007$ , ansiedad fóbica  $F_{(1,2103)}=17,653$ ;  $MSE=0,385$ ;  $p<0,000$  y escala adicional  $F_{(1,2069)}=4,320$ ;  $MSE=0,456$ ;  $p<0,038$  (Véase Tabla 139). Las mujeres adolescentes colombianas presentan una media mayor en somatización, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica y la escala adicional comparado con los varones adolescentes.



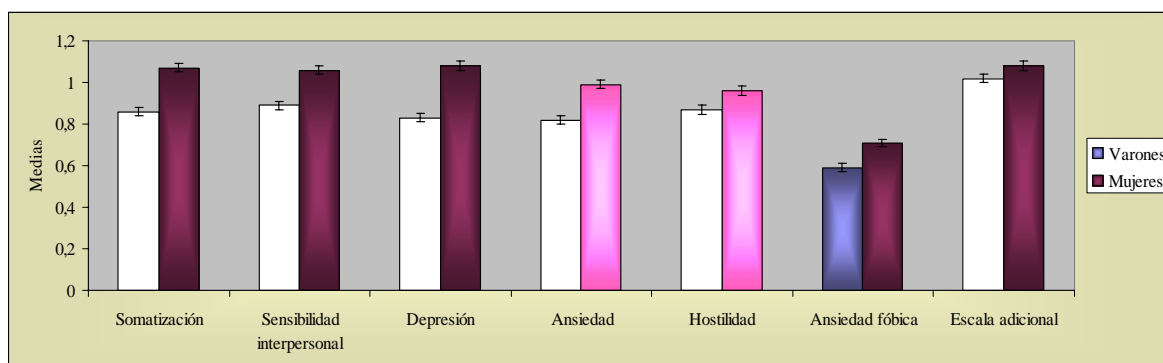
Tabla 138. Medias y desviaciones típicas de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función del sexo.

Escala	Varones		Mujeres	
	M	D.T	M	D.T
Somatización	0,86	0,55	1,07	0,64
Obsesión compulsión	1,01	0,59	1,03	0,61
Sensibilidad interpersonal	0,89	0,61	1,06	0,66
Depresión	0,83	0,57	1,08	0,68
Ansiedad	0,82	0,59	0,99	0,69
Hostilidad	0,87	0,69	0,96	0,78
Ansiedad fóbica	0,59	0,62	0,71	0,62
Ideación Paranoide	0,97	0,66	1,02	0,67
Psicoticismo	0,80	0,59	0,83	0,65
Escala adicional	1,02	0,66	1,08	0,69

Tabla 139. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional de los adolescentes colombianos en función del sexo.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Somatización	1	22,370	62,089	0,000
Obsesión compulsión	1	0,204	0,570	0,450
Sensibilidad interpersonal	1	14,849	36,398	0,000
Depresión	1	31,722	78,331	0,000
Ansiedad	1	15,738	37,188	0,000
Hostilidad	1	4,020	7,282	0,007
Ansiedad fóbica	1	6,790	17,653	0,000
Ideación Paranoide	1	1,268	2,855	0,091
Psicoticismo	1	0,399	1,032	0,310
Escala adicional	1	1,968	4,320	0,038

---



Gráfica 34. Medias de la somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y escala adicional en adolescentes colombianos en función del sexo.

7.6.3.7.4. Resultados de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos en función de la edad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se recogen en la Tabla 140. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 35. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad en la obsesión compulsión  $F_{(2,2032)}=3,046$ ;  $MSE=1,088$ ;  $p<0,048$ , depresión  $F_{(2,1965)}=6,296$ ;  $MSE=0,419$ ;  $p<0,002$ , ideación paranoide  $F_{(2,2101)}=3,430$ ;  $MSE=0,444$ ;  $p<0,033$ , psicoticismo  $F_{(2,2074)}=13,010$ ;  $MSE=0,386$ ;  $p<0,049$  y escala adicional  $F_{(2,2068)}=3,762$ ;  $MSE=0,456$ ;  $p<0,023$  (Véase Tabla 140).

En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la obsesión compulsión entre los adolescentes de 13 a 14 años y los de 15 a 16 y de 17 a 18 años, siendo la puntuación menor en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 142).

Con relación a la depresión se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 a 14 años y los de 15 a 16 y 17 a 18 años, siendo la puntuación menor en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 143).

En la ideación paranoide se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 a 14 años y los de 15 a 16, siendo la puntuación menor en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 144). De igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en el psicoticismo entre los adolescentes de 13 a 14 años y los de 15 a 16 y 17 a 18 años, siendo la puntuación menor en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 145).

Por último, en la escala adicional se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de 13 a 14 años y los de 15 a 16 y 17 a 18 años, siendo la puntuación mayor en los adolescentes de 13 a 14 años (Véase Tabla 146).

Tabla 140. Medias y desviaciones típicas de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función de la edad.

	Edad					
	13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años	
	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Somatización	0,95	0,60	0,99	0,63	0,96	0,58
Obsesión compulsión	0,98	0,59	1,04	0,61	1,05	0,57
Sensibilidad interpersonal	0,96	0,65	0,99	0,65	1,01	0,63
Depresión	0,90	0,64	0,99	0,65	1,03	0,65
Ansiedad	0,90	0,66	0,91	0,67	0,93	0,62
Hostilidad	0,89	0,75	0,95	0,76	0,90	0,68
Ansiedad fóbica	0,70	0,63	0,63	0,62	0,66	0,62
Ideación Paranoide	0,95	0,68	1,04	0,67	1,01	0,62
Psicoticismo	0,77	0,63	0,83	0,63	0,85	0,58
Escala adicional	0,99	0,67	1,07	0,69	1,10	0,65

Tabla 141. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional de los adolescentes colombianos en función de la edad.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Somatización	2	0,467	1,258	0,285
Obsesión compulsión	2	1,088	3,046	0,048
Sensibilidad interpersonal	2	0,397	0,957	0,384
Depresión	2	2,638	6,296	0,002
Ansiedad	2	0,072	0,166	0,847
Hostilidad	2	0,724	1,307	0,271
Ansiedad fóbica	2	1,040	2,687	0,068
Ideación Paranoide	2	1,524	3,430	0,033
Psicoticismo	2	1,161	3,010	0,049
Escala adicional	2	1,715	3,762	0,023

Tabla 142. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y obsesión compulsión.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,033	0,040
15 a 16 años			0,696
17 a 18 años			

Tabla 143. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y depresión.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,005	0,001
15 a 16 años			0,315
17 a 18 años			

Tabla 144. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y ideación paranoide.

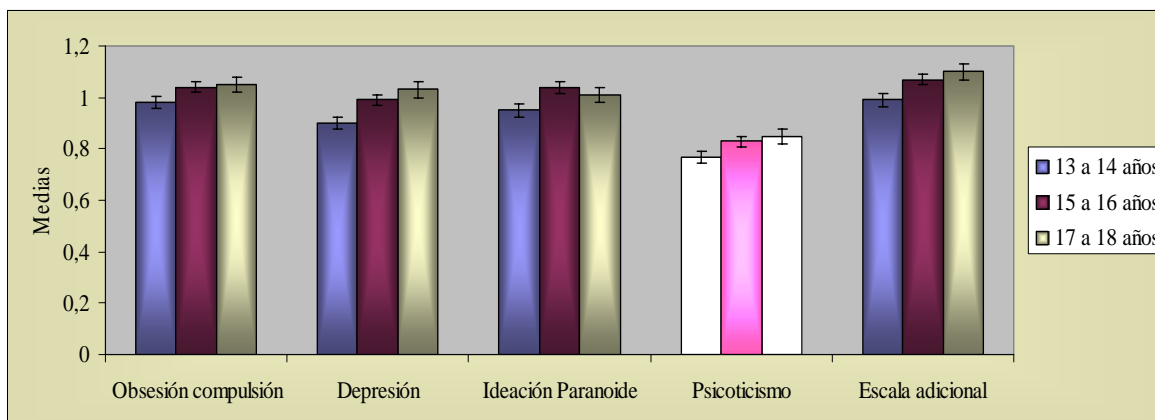
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,010	0,148
15 a 16 años			0,529
17 a 18 años			

Tabla 145. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y psicoticismo.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,034	0,040
15 a 16 años			0,691
17 a 18 años			

Tabla 146. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables edad y escala adicional.

	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 18 años
13 a 14 años		0,023	0,017
15 a 16 años			0,548
17 a 18 años			



Gráfica 35. Medias de la obsesión compulsión, depresión, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función de la edad.

7.6.3.7.5. Resultados del somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se recogen en la Tabla 147. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 36. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de institución educativa en la hostilidad  $F_{(1,2099)}=4,721$ ;  $MSE=0,552$ ;  $p<0,030$ , ansiedad fóbica  $F_{(1,2105)}=10,437$ ;  $MSE=0,386$ ;  $p<0,001$  y psicoticismo  $F_{(1,2078)}=3,952$ ;  $MSE=0,386$ ;  $p<0,047$  (Véase Tabla 148). Los adolescentes colombianos que estudian en las instituciones educativas públicas presentan una media mayor en la ansiedad fóbica y la ideación paranoide que los adolescentes de las instituciones educativas privadas; por el contrario, los adolescentes de las instituciones privadas presentan una media mayor en hostilidad que los adolescentes de las instituciones públicas.

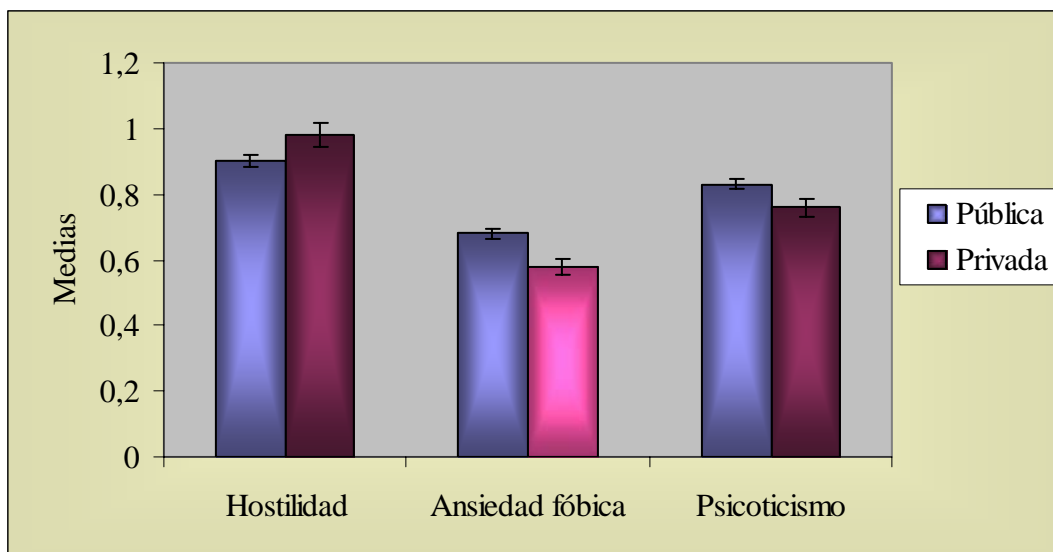
Tabla 147. Medias y desviaciones típicas de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

Escala	Pública		Privada	
	M	D.T	M	D.T
Somatización	0,97	0,59	0,98	0,65
Obsesión compulsión	1,02	0,59	1,03	0,61
Sensibilidad interpersonal	0,99	0,63	0,96	0,67
Depresión	0,96	0,64	0,97	0,68
Ansiedad	0,92	0,65	0,89	0,68
Hostilidad	0,90	0,73	0,98	0,78
Ansiedad fóbica	0,68	0,63	0,58	0,58
Ideación Paranoide	0,99	0,65	1,02	0,71
Psicoticismo	0,83	0,62	0,76	0,62
Escala adicional	1,05	0,67	1,06	0,70



Tabla 148. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional de los adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Somatización	1	0,004	0,012	0,913
Obsesión compulsión	1	0,087	0,242	0,623
Sensibilidad interpersonal	1	0,254	0,612	0,434
Depresión	1	0,005	0,012	0,913
Ansiedad	1	0,239	0,554	0,457
Hostilidad	1	2,607	4,721	0,030
Ansiedad fóbica	1	4,025	10,437	0,001
Ideación Paranoide	1	0,213	0,479	0,489
Psicoticismo	1	1,524	3,952	0,047
Escala adicional	1	0,086	0,189	0,664



Gráfica 36. Medias de la hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo en adolescentes colombianos en función del tipo de institución educativa.

7.6.3.7.6. Resultados del somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se recogen en la Tabla 149. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 37. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del nivel de escolaridad en la obsesión compulsión  $F_{(3,2035)}=3,637$ ;  $MSE=0,356$ ;  $p<0,012$ , sensibilidad interpersonal  $F_{(3,2041)}=3,608$ ;  $MSE=0,413$ ;  $p<0,013$ , depresión  $F_{(3,1968)}=2,634$ ;  $MSE=0,420$ ;  $p<0,048$ , ansiedad fóbica  $F_{(3,2104)}=2,861$ ;  $MSE=0,386$ ;  $p<0,036$  e ideación paranoide  $F_{(3,2104)}=3,787$ ;  $MSE=0,443$ ;  $p<0,010$  (Véase Tabla 150). En el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la obsesión compulsión entre los adolescentes de octavo y los otros niveles de escolaridad, siendo la puntuación menor en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 151).

Con relación a la sensibilidad interpersonal se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de octavo y los otros niveles de escolaridad, siendo la puntuación menor en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 152). Se encontraron diferencias mínimas significativas en la depresión entre los adolescentes de octavo y los adolescentes de décimo y undécimo, siendo la puntuación menor en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 153).

En la ansiedad fóbica se encontraron diferencias mínimas significativas en entre los adolescentes de undécimo y noveno, siendo la puntuación menor en los adolescentes de undécimo (Véase Tabla 154). Con relación a la ideación paranoide se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de octavo y los otros niveles de escolaridad, siendo la puntuación menor en los adolescentes de octavo (Véase Tabla 155).

Tabla 149. Medias y desviaciones típicas de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

	Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo	
	M	D. T	M	D. T	M	D. T	M	D. T
Somatización	0,90	0,57	0,99	0,64	1,01	0,62	0,96	0,58
Obsesión compulsión	0,93	0,62	1,03	0,60	1,06	1,60	1,04	1,60
Sensibilidad interpersonal	0,88	0,67	1,02	0,66	1,01	0,64	0,98	0,62
Depresión	0,88	0,70	0,97	0,66	1,00	0,64	0,98	0,62
Ansiedad	0,91	0,68	0,94	0,70	0,88	0,61	0,92	0,64
Hostilidad	0,89	0,80	0,94	0,76	0,97	0,75	0,87	0,68
Ansiedad fóbica	0,71	0,66	0,69	0,62	0,64	0,60	0,61	0,61
Ideación Paranoide	0,90	0,70	1,03	0,70	1,03	0,66	1,01	0,62
Psicoticismo	0,74	0,70	0,84	0,63	0,82	0,59	0,82	0,59
Escala adicional	0,97	0,70	1,05	0,69	1,09	0,67	1,06	0,65

Tabla 150. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional de los adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad

	gl	Media cuadrática	F	Sig
Somatización	3	0,860	2,324	0,073
Obsesión compulsión	3	1,295	3,637	0,012
Sensibilidad interpersonal	3	1,491	3,608	0,013
Depresión	3	1,105	2,634	0,048
Ansiedad	3	0,338	0,785	0,502
Hostilidad	3	1,296	2,347	0,071
Ansiedad fóbica	3	1,105	2,861	0,036
Ideación Paranoide	3	1,677	3,787	0,010
Psicoticismo	3	0,690	1,790	0,147
Escala adicional	3	1,021	2,241	0,082

---

Tabla 151. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y obsesión compulsión.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,011	0,002	0,008
Noveno			0,503	0,906
Décimo				0,572
Undécimo				

---

Tabla 152. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y sensibilidad interpersonal.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,003	0,004	0,025
Noveno			0,866	0,356
Décimo				0,443
Undécimo				

Tabla 153. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y depresión.

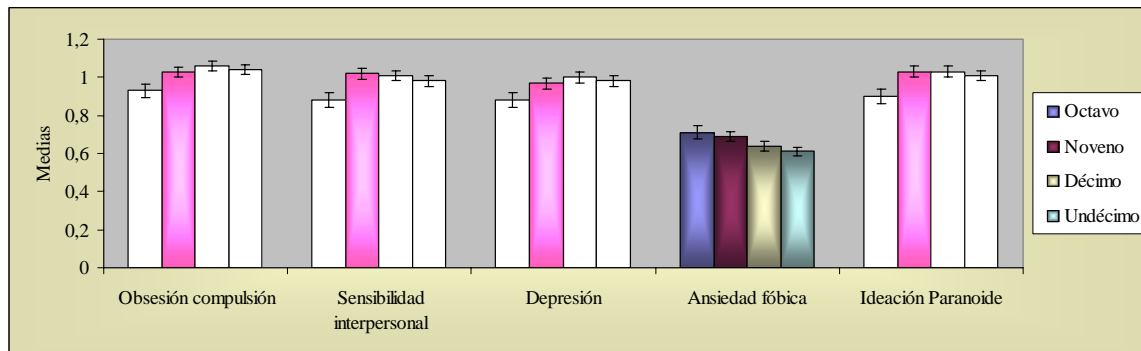
	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,056	0,006	0,028
Noveno			0,353	0,758
Décimo				0,530
Undécimo				

Tabla 154. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y ansiedad fóbica.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,717	0,094	0,016
Noveno			0,137	0,020
Décimo				0,399
Undécimo				

Tabla 155. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de escolaridad y ideación paranoide.

	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Octavo		0,003	0,003	0,007
Noveno			0,997	0,725
Décimo				0,725
Undécimo				



Gráfica 37. Medias de obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica e ideación paranoide en adolescentes colombianos en función del nivel de escolaridad.

#### 7.6.4 Resultados de las variables cognitivo conductuales en función de las conductas de riesgo sexual

Con base en los planteamientos teóricos se establecen tres grupos de riesgo en función de cada una de las conductas sexuales (vaginal, anal y oral) y la frecuencia del uso del preservativo en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Para tal clasificación se utilizan dos ítems claves del Cuestionario Confidencial de la Vida Sexual Activa; se consideran de bajo riesgo los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en los 12 últimos meses y han utilizado el preservativo siempre (bajo riesgo); se consideran de medio riesgo los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en los 12 últimos meses y han utilizado el preservativo algunas veces (medio riesgo) y se consideran de alto riesgo los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en los 12 últimos meses y nunca han utilizado el preservativo (alto riesgo) en cada una de las conductas sexuales. La distribución de los grupos de riesgo está entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Inicialmente se realiza un análisis descriptivo de los diferentes niveles de riesgo en cada una de las relaciones sexuales y posteriormente se realiza un análisis de varianza de las diferentes variables dependientes evaluadas en función de los grupos de riesgo; y finalmente, se hace un análisis de diferencias mínimas significativas en función de los grupos de riesgo.

7.6.4.1. Resultados de las variables cognitivo conductuales en función de la conducta sexual vaginal.

Con base en la conducta sexual vaginal se han establecido tres niveles de riesgo en función de la frecuencia del uso del preservativo. Como se observa en la Tabla 156 el mayor porcentaje de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales han usado el preservativo algunas veces en sus relaciones sexuales vaginales, comparado con un 25,6% que nunca han usado el preservativo en sus relaciones vaginales.

Tabla 156. Distribución de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en función del grupo de riesgo de la conducta sexual vaginal

Grupo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto riesgo	151	25,6%
Medio riesgo	240	40,7%
Bajo riesgo	199	33,7%
Total	590	100%

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas que presentan diferencias significativas en función de la conducta sexual de riesgo vaginal (conducta delictiva, defensa de los propios derechos, el hacer peticiones, la desinhibición y la búsqueda de sensaciones) se recogen en la

Tabla 157. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 38. Al realizar un análisis de varianza en función de los grupos de riesgo según la conducta sexual vaginal se encuentran diferencias significativas en la conducta delictiva  $F_{(2,560)}=4,69$ ;  $MSE=6,804$ ;  $p<0,010$ , en la defensa de los derechos propios derechos como consumidor  $F_{(2,549)}=4,734$ ;  $MSE=9,527$ ;  $p<0,009$ , en hacer peticiones  $F_{(2,551)}=4,11$ ;  $MSE=8,713$ ;  $p<0,017$ , en desinhibición  $F_{(2,504)}=3,511$ ;  $MSE=4,570$ ;  $p<0,031$  y en la búsqueda de sensaciones.  $F_{(2,432)}=3,502$ ;  $MSE=26,006$ ;  $p<0,031$  (Véase Tabla 158). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la conducta delictiva se encontraron diferencias mínimas significativas entre los grupos de alto y medio riesgo con el grupo de bajo riesgo, teniendo la menor puntuación en conducta delictiva los adolescentes del grupo de bajo riesgo; sin

embargo, no se encontraron diferencias mínimas significativas entre los grupos de alto y medio riesgo (Véase Tabla 159). Con relación a la defensa de los propios derechos se encuentran diferencias mínimas significativas entre los grupos de bajo y medio riesgo, y los adolescentes del grupo de alto riesgo, siendo menor la defensa de los derechos propios en el grupo de alto riesgo (Véase Tabla 160). No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de los grupos de bajo y medio riesgo. De igual forma, en la escala hacer peticiones se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes del grupo de alto riesgo y los otros grupos de riesgo (Véase Tabla 161). En la variable desinhibición se encuentran diferencias mínimas significativas entre los grupo de medio y bajo riesgo y el grupo de alto riesgo, sin embargo, no existen diferencias entre los adolescentes de alto y medio riesgo (Véase Tabla 162). Se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes del grupo de alto riesgo y los adolescentes de los grupos de medio y bajo riesgo en la búsqueda de sensaciones, siendo mayor ésta en los adolescentes de alto riesgo.

Tabla 157. Medias y desviaciones típicas en la conducta delictiva, en la defensa de los derechos propios derechos como consumidor, en hacer peticiones, en desinhibición y en la búsqueda de en adolescentes colombianos en función del grupo de riesgo según la conducta sexual vaginal.

	Alto riesgo		Medio riesgo		Bajo riesgo	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conducta delictiva	1,70	2,78	1,82	3,02	1,06	1,78
Defensa de los propios derechos	12,77	3,27	13,77	3,09	13,55	2,92
Hacer peticiones	13,88	2,69	14,68	3,11	14,75	2,93
Desinhibición	4,39	1,97	3,89	2,24	3,75	2,13
Búsqueda de sensaciones	18,94	4,52	17,53	5,37	17,36	5,15



Tabla 158. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la conducta delictiva, en la defensa de los propios derechos como consumidor, en hacer peticiones, en desinhibición y en la búsqueda de sensaciones en función de la conducta sexual vaginal.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conducta delictiva	2	31,879	4,686	0,010
Defensa de los propios derechos	2	45,101	4,734	0,009
Hacer peticiones	2	35,791	4,108	0,017
Desinhibición	2	16,047	3,511	0,031
Búsqueda de sensaciones	2	91,074	3,502	0,031

Tabla 159. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual vaginal y conducta delictiva.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,660	0,029
Medio riesgo			0,003
Bajo riesgo			

Tabla 160. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual vaginal y defensa de los propios derechos.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,003	0,023
Medio riesgo			0,491
Bajo riesgo			

Tabla 161. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual vaginal y hacer peticiones.

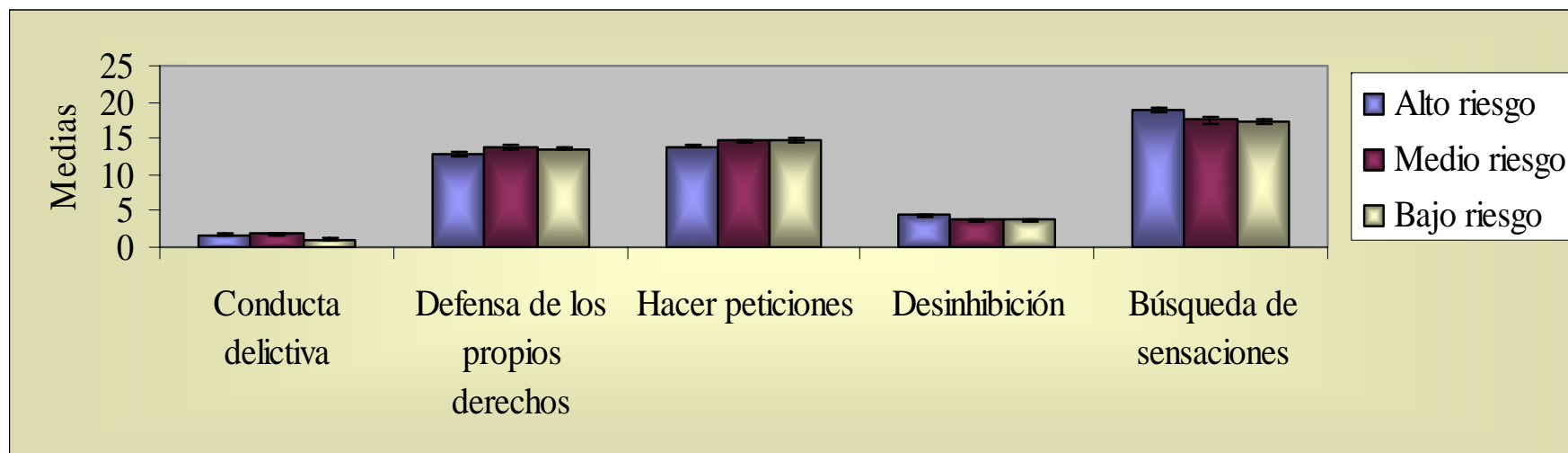
	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,013	0,009
Medio riesgo			0,802
Bajo riesgo			

Tabla 162. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual vaginal y desinhibición.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,038	0,011
Medio riesgo			0,543
Bajo riesgo			

Tabla 163. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual vaginal y búsqueda de sensaciones.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,023	0,015
Medio riesgo			0,763
Bajo riesgo			



Gráfica 38. Medias de la conducta delictiva, la defensa de los propios derechos, hacer peticiones, desinhibición y búsqueda de sensaciones en función del grupo de riesgo de la conducta sexual vaginal.

7.6.4.2. Resultados de las variables cognitivo conductuales en función de la conducta sexual anal.

Con base en la conducta sexual anal se han establecido tres niveles de riesgo en función de la frecuencia del uso del preservativo. Como se observa en la Tabla 164 el mayor porcentaje de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales anales nunca han usado el preservativo, comparado con un 32,2% que han usado el preservativo algunas veces en sus relaciones sexuales anales.

Tabla 164. Distribución de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en función del grupo de riesgo de la conducta sexual anal.

Grupo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto riesgo	120	45,5%
Medio riesgo	85	32,2%
Bajo riesgo	59	22,3%
Total	264	100%

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas autoeficacia, contexto familiar y búsqueda de experiencias en función de los grupos de riesgo de las relaciones sexuales anales se recoge en la Tabla 165. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 39. Al realizar un análisis de varianza en función de los grupos de riesgo según la conducta sexual anal se encuentran diferencias significativas en la autoeficacia  $F_{(2,258)}=4,572$ ;  $MSE=1,143$ ;  $p<0,011$ , en el autoconcepto familiar  $F_{(2,251)}=4,467$ ;  $MSE=5,045$ ;  $p<0,012$  y en la búsqueda de experiencias  $F_{(2,239)}=3,099$ ;  $MSE=2,975$ ;  $p<0,047$  (Véase Tabla 166). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la autoeficacia entre los grupos de alto y medio riesgo y el grupo de bajo riesgo, siendo menor la autoeficacia en el grupo de bajo riesgo (Véase Tabla 167). No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los grupos de alto y medio riesgo en la autoeficacia. En el autoconcepto familiar se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de los grupos de alto y medio riesgo, y los adolescentes de bajo riesgo, siendo mayor la media en el grupo de bajo riesgo (Véase Tabla 168). No se encontraron

diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de los grupos de alto y medio riesgo. Con relación a la búsqueda de experiencias se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes del grupo de alto riesgo y medio riesgo, siendo mayor la búsqueda de experiencia en los adolescentes del grupo de alto riesgo. No se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de los grupos de alto y medio riesgo, y el grupo de bajo riesgo (Véase Tabla 169).

Tabla 165. Medias y desviaciones típicas de la autoeficacia, en el autoconcepto familiar y en la búsqueda de experiencias en adolescentes colombianos en función del grupo de riesgo según la conducta sexual anal.

Escala	Grupos de riesgo					
	Alto riesgo		Medio riesgo		Bajo riesgo	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Autoeficacia	3,87	1,11	4,01	0,88	3,47	1,20
Autoconcepto familiar	13,96	2,38	13,48	2,35	14,64	1,73
Búsqueda de experiencias	4,25	1,72	3,64	1,53	3,80	1,98

Tabla 166. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la autoeficacia, en el autoconcepto familiar y en la búsqueda de experiencias en función de la conducta sexual anal.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Autoeficacia	2	5,224	4,572	0,011
Autoconcepto familiar	2	22,535	4,467	0,012
Búsqueda de experiencias	2	9,218	3,099	0,047

Tabla 167. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual anal y autoeficacia.

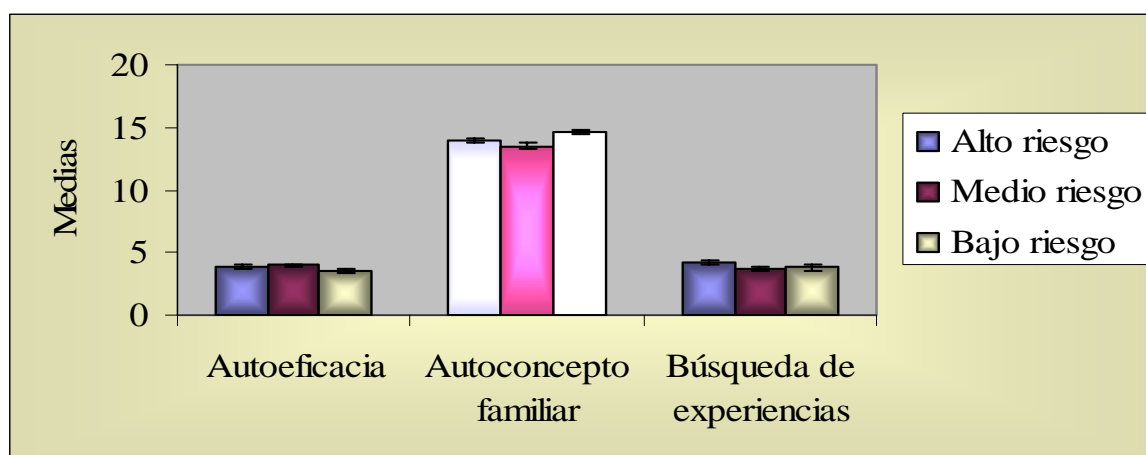
	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,363	0,020
Medio riesgo			0,003
Bajo riesgo			

Tabla 168. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual anal y autoconcepto familiar.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,144	0,062
Medio riesgo			0,003
Bajo riesgo			

Tabla 169. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual anal y búsqueda de experiencias.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,018	0,119
Medio riesgo			0,581
Bajo riesgo			



Gráfica 39. Medias de la autoeficacia, autoconcepto familiar y búsqueda de experiencias en función del grupo de riesgo de la conducta sexual anal.

#### 7.6.4.3. Resultados de las variables cognitivo conductuales en función de la conducta sexual oral.

Con base en la conducta sexual oral se han establecido tres niveles de riesgo en función de la frecuencia del uso del preservativo. Como se observa en la Tabla 170 el mayor porcentaje de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales nunca han usado el preservativo, comparado con un 24,9% que han usado el preservativo algunas veces en sus relaciones orales.

Tabla 170. Distribución de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en función del grupo de riesgo de la conducta sexual oral.

Grupo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto riesgo	203	56,2%
Medio riesgo	90	24,9%
Bajo riesgo	68	18,8%
Total	361	100%

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas desinhibición y psicoticismo en función de los grupos de riesgo de las relaciones sexuales orales se recogen en la Tabla 172. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas puede verse en la Gráfica 40. Al realizar un análisis de varianza en función de los grupos de riesgo según la conducta sexual oral se encuentran diferencias significativas en el psicoticismo  $F_{(2,344)}=3,698$ ;  $MSE=0,357$ ;  $p<0,026$  (Véase Tabla 172). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el psicoticismo entre los adolescentes que emiten altas conductas de riesgo oral y medio riesgo, y una diferencia mínima marginalmente significativa entre los de bajo riesgo y alto riesgo. No se encuentran diferencias mínimas significativas entre los grupos de bajo y medio riesgo oral (Véase Tabla 173).

Tabla 171. Medias y desviaciones típicas del psicoticismo en adolescentes colombianos en función del grupo de riesgo según la conducta sexual oral

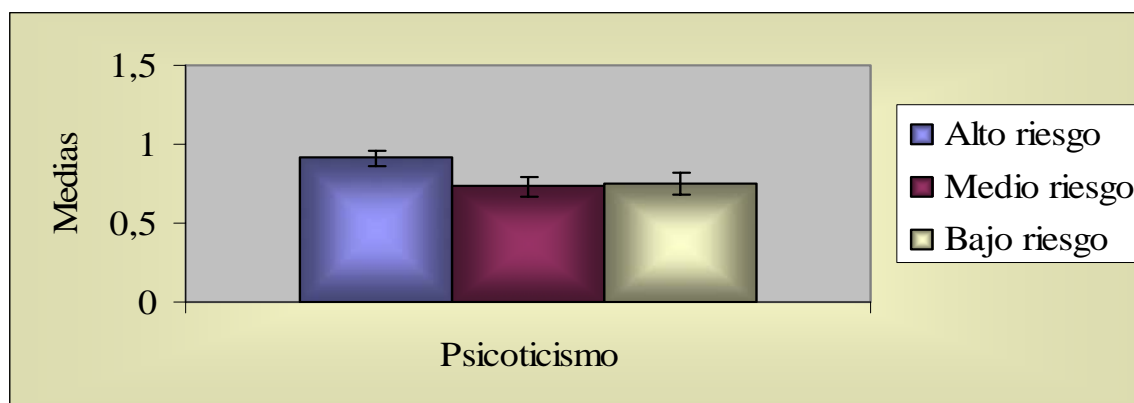
Escala	Grupo de riesgo					
	Alto riesgo		Medio riesgo		Bajo riesgo	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Psicoticismo	0,91	0,63	0,73	0,56	0,75	0,52

Tabla 172. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del psicoticismo en función de la conducta sexual oral.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Psicoticismo	2	1,320	3,698	0,026

Tabla 173. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel de riesgo en conducta sexual oral y el psicoticismo.

	Alto riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo
Alto riesgo		0,017	0,061
Medio riesgo			0,817
Bajo riesgo			



Gráfica 40. Medias del psicoticismo en función del grupo de riesgo de la conducta sexual oral.



**7.6.5. Resultados de las correlaciones entre las variables cognitivo conductuales y la correlación entre las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo sexual.**

Con el fin de identificar la relación entre las variables cognitivo conductuales entre sí se realiza un análisis correlacional y se describen las correlaciones más relevantes entre las principales variables de análisis de la investigación. Posteriormente, se realiza un análisis correlacional entre las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo sexual.

7.6.5.1. Resultados de las correlaciones entre las variables cognitivo conductuales (conocimiento, ideas erróneas, actitud, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA).

Entre las principales correlaciones entre las variables cognitivo conductuales se encuentran las relaciones entre las escalas de conocimiento, actitud, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA. Los resultados indican relaciones significativas entre las diferentes escalas en un nivel de significancia de 0,05 y 0,01 (Véase Tabla 174).

Tabla 174. Correlaciones entre el conocimiento (correcto, erróneo), la actitud (positiva, negativa y neutra), la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA.

	Ideas erróneas	Actitud positiva	Actitud negativa	Actitud neutra	Susceptibilidad	Autoeficacia
Conocimiento correcto	-0,01	0,237**	0,062**	0,057**	0,226**	0,232**
Ideas erróneas		-0,246**	0,348**	0,099**	-0,118**	-0,003
Actitud positiva			-0,225**	-0,038	0,240**	0,165**
Actitud negativa				0,171**	-0,115**	-0,021
Actitud neutra					0,029	0,085**
Susceptibilidad						0,170**

\*p<0,05, \*\*p<0,01.

7.6.5.2. Resultados de las correlaciones entre las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo sexual

Con el fin de identificar la relación entre las variables cognitivo conductuales y las conductas de riesgo sexual se realiza un análisis correlacional. Los análisis realizados indican que existe una relación entre la actitud neutra, la conducta delictiva, la defensa de los derechos propios, el hacer peticiones, las habilidades sociales totales, la desinhibición, la búsqueda de sensaciones (total) y la escala adicional de los rasgos psicopatológicos con las conductas de riesgo (Véase Tabla 175).

Tabla 175. Correlaciones entre escalas de las variables cognitivo conductuales significativas y el riesgo de transmisión del VIH asociado a la conducta sexual o uso del preservativo en cada conducta sexual.

Escalas cognitivo conductuales y psicopatológicas	Conducta sexual de riesgo		
	Vaginal	Anal	Oral
Conocimiento correcto	0,015	-0,088	-0,067
Actitud neutra	-0,096*	-0,011	-0,045
<b>Conducta antisocial y delictiva</b>			
Conducta delictiva	-0,099**	0,05	-0,059
<b>Habilidades sociales</b>			
Defensa de los derechos propios	0,089**	0,052	0,013
Hacer peticiones	0,106*	-0,028	0,012
Habilidades sociales totales	0,100*	-0,001	-0,057
<b>Búsqueda de sensaciones</b>			
Desinhibición	-0,110*	-0,025	-0,112*
Búsqueda de sensaciones totales	-0,111*	-0,149*	-0,099
<b>Rasgos psicopatológicos</b>			
Psicotismo			-0,126*

\*p<0,05, \*\*p<0,01.

Los resultados indican que a mayor actitud neutra, conducta delictiva y búsqueda de sensaciones menor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales vaginales de los adolescentes. Por el contrario, a mayor capacidad para la defensa de los derechos propios, hacer peticiones y habilidades sociales totales mayor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales vaginales. De igual forma, con relación al uso del preservativo en las relaciones sexuales anales, se puede indicar que a mayor

búsqueda de sensaciones, menor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales anales de los adolescentes. Por último, los resultados indican que mayor desinhibición, escala adicional en rasgos psicopatológicos y psicoticismo menor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales orales de los adolescentes.

7.6.5.3. Resultados de las variables cognitivo conductuales predictivas de las conductas de riesgo sexual.

Con el fin de realizar un análisis más detallado a partir de los resultados significativos en las diferentes conductas sexuales y las variables cognitivo conductuales se realizó un análisis de regresión para determinar la relación entre las subescalas incluidas en la investigación como posibles variables predictoras del uso del preservativo. Los resultados indican que el uso del preservativo en la conducta sexual vaginal es precedida por el nivel de ideas erróneas (Beta=-0,156,  $p<0,05$ ), la actitud negativa (Beta=-0,166,  $p<0,05$ ), la actitud neutra (Beta=-0,145,  $p<0,05$ ), la conducta delictiva (Beta=-0,16,  $p<0,05$ ) y hacer peticiones (Beta=-0,169,  $p<0,05$ ) (Véase Tabla 176). Al realizar un análisis de regresión lineal por pasos sucesivos se encuentran como variable predictora a la desinhibición (Beta=-0,167,  $p<0,05$ ) (Véase Tabla 180).

Tabla 176. Variables predictoras del uso del preservativo en la conducta sexual vaginal.

Escala	B	Error típico	Beta	t	sig
Ideas erróneas	-0,059	0,029	-0,156	-2,032	0,043
Actitud negativa	0,11	0,051	0,166	2,168	0,031
Actitud neutra	0,111	0,054	-0,145	-2,043	0,042
Conducta delictiva	-0,062	0,031	-0,16	-2,006	0,046
Hacer peticiones	0,045	0,02	0,169	2,289	0,023

Tabla 177. Variables predictoras del uso del preservativo en la conducta sexual vaginal (pasos sucesivos).

Escala	B	Error típico	Beta	t	sig
Conducta delictiva	-0,063	0,025	-0,164	-2,561	0,011
Hacer peticiones	0,049	0,017	0,187	2,927	0,004

Los resultados indican que el uso del preservativo en la conducta sexual anal es predicha por la búsqueda de sensaciones (Beta=-0, 243,  $p<0,01$ ) (Véase Tabla 178).

Tabla 178. Variables predictoras del uso del preservativo en la conducta sexual anal.

Escala	B	Error típico	Beta	t	sig
Búsqueda de sensaciones	-0,036	0,015	-0,243	-2,462	0,016

Los resultados indican que el uso del preservativo en la conducta sexual oral es predicha por las ideas erróneas (Beta=-0, 239,  $p<0,05$ ) y la autoexpresión (Beta=-0, 287,  $p<0,01$ ) (Véase Tabla 179). Al realizar un análisis de regresión lineal por pasos sucesivos se encuentran como variable predictora a la desinhibición (Beta=-0, 167,  $p<0,05$ ) (Véase Tabla 180).

Tabla 179. Variables predictoras del uso del preservativo en la conducta sexual oral.

Escala	B	Error típico	Beta	t	sig
Ideas erróneas	-0,087	0,038	-0,239	-2,284	0,024
Autoexpresión	-0,047	0,019	-0,287	-2,472	0,015

Tabla 180. Variables predictoras del uso del preservativo en la conducta sexual oral (pasos sucesivos).

Escala	B	Error típico	Beta	t	sig
Autoexpresión	-0,031	0,013	-0,187	-2,284	0,024
Desinhibición	-0,059	0,029	-0,167	-2,042	0,043

**7.6.6. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) frente a la infección por el VIH/SIDA en función de las variables psicopatológicas (rasgos psicopatológicos y conductas antisocial y delictiva).**

Con base en los planteamientos teóricos se establecen tres niveles en función de cada uno de las variables psicopatológicas. Inicialmente, se calcularon las puntuación mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (Véase Tabla 181). Posteriormente, con base en la desviación típica se establecieron diferentes niveles en cada una de las escalas: el nivel bajo se estableció a partir de la media menos una desviación típica, el nivel alto se estableció a partir de una media más una desviación típica, y los intermedio entre esos rangos eran los de nivel medio. A partir de estos rangos se calcularon los porcentajes de cada uno de los niveles de cada una de las variables (Véase Tabla 182). Posteriormente se realiza un análisis de varianza de las diferentes variables dependientes (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) frente a la infección por el VIH/SIDA en función de las variables psicopatológicas; de igual forma, se hace un análisis de diferencias mínimas significativas en función de los grupos.

Tabla 181. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los rasgos psicopatológicos en adolescentes colombianos.

Escalas	Mínima	Máxima	Media	Desviación típica
Somatización	0	3,67	0,97	0,61
Obsesión compulsión	0	3,7	1,02	0,60
Sensibilidad interpersonal	0	3,89	0,98	0,64
Depresión	0	3,69	0,97	0,65
Ansiedad	0	3,9	0,91	0,66
Hostilidad	0	4	0,92	0,74
Ansiedad fóbica	0	3,57	0,66	0,62
Ideación Paranoide	0	4	1,00	0,67
Psicoticismo	0	3,6	0,81	0,62
Escala adicional	0	3,71	1,05	0,68

Con base en cada una de las escalas de los rasgos psicopatológicos se han establecido tres niveles según la media y la desviación típica. Como se observa en la Tabla 182 el mayor porcentaje de los adolescentes se encuentran en el nivel medio de cada uno de los rasgos; de igual forma, entre el 13% y el 18% de los adolescentes colombianos presentan un alto nivel en los rasgos psicopatológicos estudiados.

Tabla 182. Distribución de los adolescentes en función de los niveles de los rasgos psicopatológicos.

	Nivel del rasgo psicopatológico					
	Bajo		Medio		Alto	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Somatización	329	14,91	1537	69,64	341	15,45
Obsesión compulsión	353	15,99	1548	70,14	306	13,86
Sensibilidad interpersonal	374	16,95	1497	67,83	336	15,22
Depresión	317	14,36	1552	70,32	338	15,31
Ansiedad	326	14,77	1539	69,73	342	15,50
Hostilidad	404	18,31	1435	65,02	368	16,67
Ansiedad fóbica	345	15,63	1485	67,29	377	17,08
Ideación Paranoide	441	19,98	1362	61,71	404	18,31
Psicoticismo	247	11,19	1640	74,31	320	14,50
Escala adicional	322	14,59	1568	71,05	317	14,36

7.6.6.1. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo somatización.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles del rasgo de somatización aparece en la

Tabla 157. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 38. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles del rasgo somatización se encuentran diferencias significativas en susceptibilidad  $F_{(2,2.165)}=4,381$ ;  $MSE=1,342$ ;  $p<0,013$  (Véase Tabla 184). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron

diferencias mínimas significativas en la susceptibilidad se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de bajo nivel del rasgo somatización y los otros niveles siendo mayor la puntuación en los adolescentes de mayor nivel del rasgo somatización (Véase Tabla 185).

Tabla 183. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo somatización.

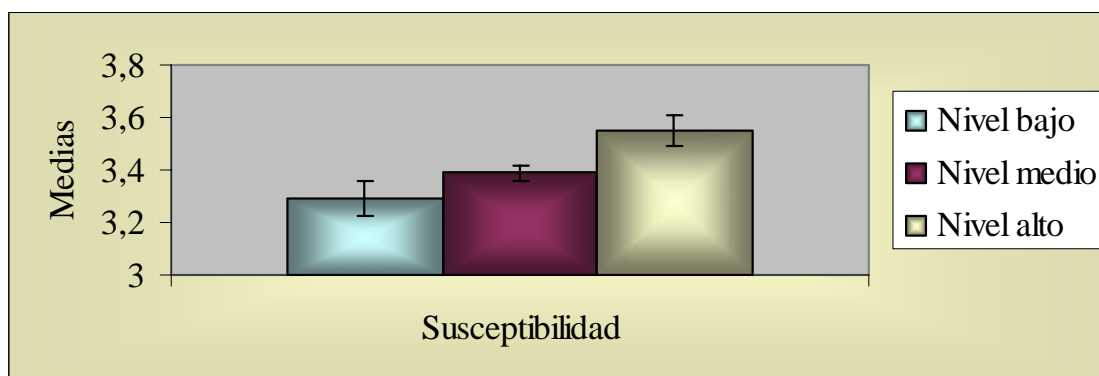
	Nivel del rasgo somatización					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,1	2,62	16,11	2,68	15,92	2,63
Ideas erróneas	1,9	2,27	1,82	2,1	1,95	2,26
Actitud positiva	3,65	1,26	3,82	1,16	3,8	1,2
Actitud negativa	1,5	1,26	1,43	1,17	1,3	1,1
Actitud neutra	1,93	1,02	1,95	1,02	1,94	1
Susceptibilidad	3,29	1,22	3,39	1,15	3,55	1,14
Autoeficacia	3,75	1,04	3,62	1,09	3,6	1,15

Tabla 184. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo somatización.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	4,795	0,674	0,510
Ideas erróneas	2	2,703	0,584	0,557
Actitud positiva	2	3,958	2,830	0,059
Actitud negativa	2	3,164	2,304	0,100
Actitud neutra	2	0,075	0,072	0,930
Susceptibilidad	2	5,878	4,381	0,013
Autoeficacia	2	2,564	2,148	0,117

Tabla 185. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables nivel del rasgo somatización y susceptibilidad.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,133	0,004
Medio			0,025
Alto			



Gráfica 41. Medias de la susceptibilidad frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo somatización (bajo, medio y alto).

7.6.6.2. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo obsesivo compulsivo.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles del rasgo obsesivo compulsivo se recoge en la Tabla 186. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 42. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles del rasgo obsesivo compulsivo se encuentran diferencias significativas en las actitudes neutra  $F_{(2,2168)}=3,510$ ;  $MSE=1,032$ ;  $p<0,030$  y en susceptibilidad  $F_{(2,2.165)}=7,436$ ;  $MSE=1,338$ ;  $p<0,001$  (Véase Tabla 187). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la actitud neutra entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel del rasgo obsesivo compulsivo siendo menor la actitud en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 188); de igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en



la susceptibilidad entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel del rasgo obsesivo compulsivo siendo mayor la susceptibilidad en el grupo de mayor nivel en el rasgo (Véase Tabla 189).

Tabla 186. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo obsesivo compulsivo.

	Nivel del rasgo obsesivo compulsivo					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,16	2,66	16,08	2,65	15,98	2,75
Ideas erróneas	1,95	2,33	1,85	2,12	1,79	2,08
Actitud positiva	3,77	1,19	3,79	1,18	3,82	1,20
Actitud negativa	1,53	1,28	1,41	1,16	1,32	1,11
Actitud neutra	1,84	1,02	1,95	1,01	2,05	1,02
Susceptibilidad	3,24	1,14	3,40	1,16	3,60	1,12
Autoeficacia	3,75	1,09	3,62	1,09	3,59	1,11

Tabla 187. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del rasgo obsesivo compulsivo.

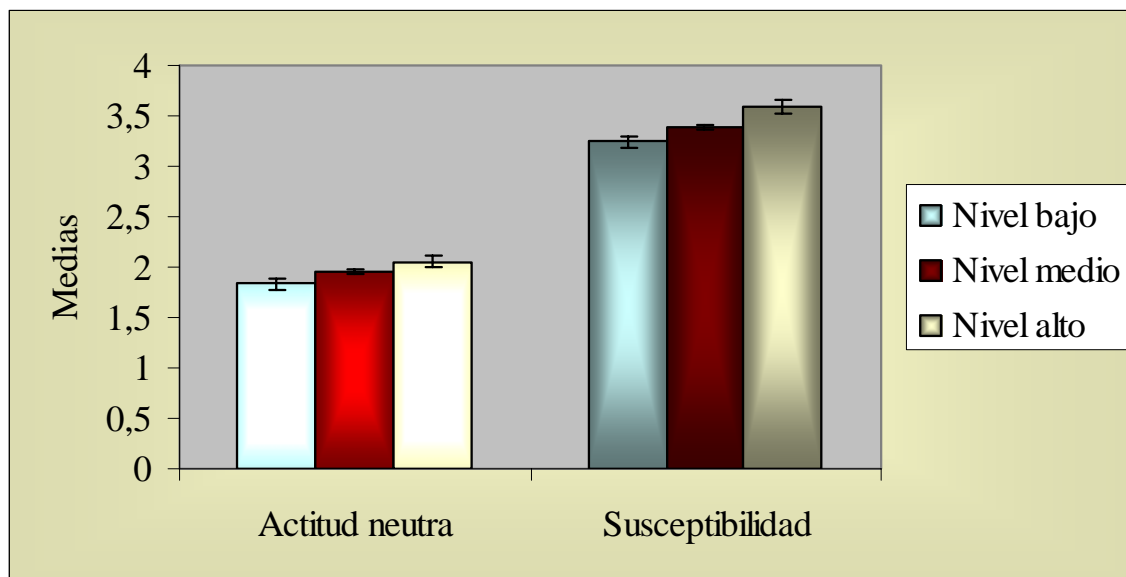
Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	2,526	0,355	0,701
Ideas erróneas	2	2,144	0,464	0,629
Actitud positiva	2	0,198	0,141	0,868
Actitud negativa	2	3,451	2,513	0,081
Actitud neutra	2	3,622	3,510	0,030
Susceptibilidad	2	9,949	7,436	0,001
Autoeficacia	2	2,996	2,510	0,081

Tabla 188. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo obsesivo compulsivo y actitud neutra.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,059	0,009
Medio			0.135
Alto			

Tabla 189. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo obsesivo compulsivo y susceptibilidad.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,021	0,000
Medio			0,009
Alto			



Gráfica 42. Medias de la actitud neutra y la susceptibilidad frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo obsesivo compulsivo (bajo, medio y alto).

7.6.6.3. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel de la sensibilidad interpersonal.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la sensibilidad interpersonal se recogen en la Tabla 190. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 43. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la sensibilidad interpersonal se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto  $F_{(2,2104)}=7,185$ ;  $MSE=7,066$ ;  $p<0,001$ , en ideas erróneas  $F_{(2,2103)}=3,547$ ;  $MSE=4,612$ ;  $p<0,029$  y autoeficacia  $F_{(2,2183)}=11,168$ ;  $MSE=1,184$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 191). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de alto nivel del rasgo sensibilidad interpersonal y los de bajo y medio nivel, siendo menor el conocimiento correcto en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 192); de igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en las ideas erróneas entre los adolescentes de bajo y medio nivel del rasgo sensibilidad interpersonal siendo mayor la susceptibilidad en el grupo de mayor nivel en el rasgo (Véase Tabla 193). Con relación a la autoeficacia se encuentran diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel del rasgo sensibilidad interpersonal siendo mayor la autoeficacia a menor nivel del rasgo sensibilidad interpersonal (Véase Tabla 194).

Tabla 190. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo sensibilidad interpersonal.

	Nivel del rasgo sensibilidad interpersonal					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,36	2,79	16,11	2,59	15,61	2,79
Ideas erróneas	2,11	2,43	1,78	2,07	1,91	2,15
Actitud positiva	3,77	1,19	3,80	1,17	3,79	1,22
Actitud negativa	1,51	1,21	1,39	1,16	1,45	1,16
Actitud neutra	1,94	1,06	1,94	0,99	1,98	1,06
Susceptibilidad	3,34	1,16	3,41	1,15	3,42	1,16
Autoeficacia	3,86	1,05	3,61	1,08	3,49	1,16

Tabla 191. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del rasgo sensibilidad interpersonal.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	50,768	7,185	0,001
Ideas erróneas	2	16,358	3,547	0,029
Actitud positiva	2	0,179	0,128	0,880
Actitud negativa	2	2,203	1,603	0,202
Actitud neutra	2	0,309	0,298	0,742
Susceptibilidad	2	0,786	0,584	0,558
Autoeficacia	2	13,225	11,168	0,000

Tabla 192. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo sensibilidad interpersonal y conocimiento correcto.

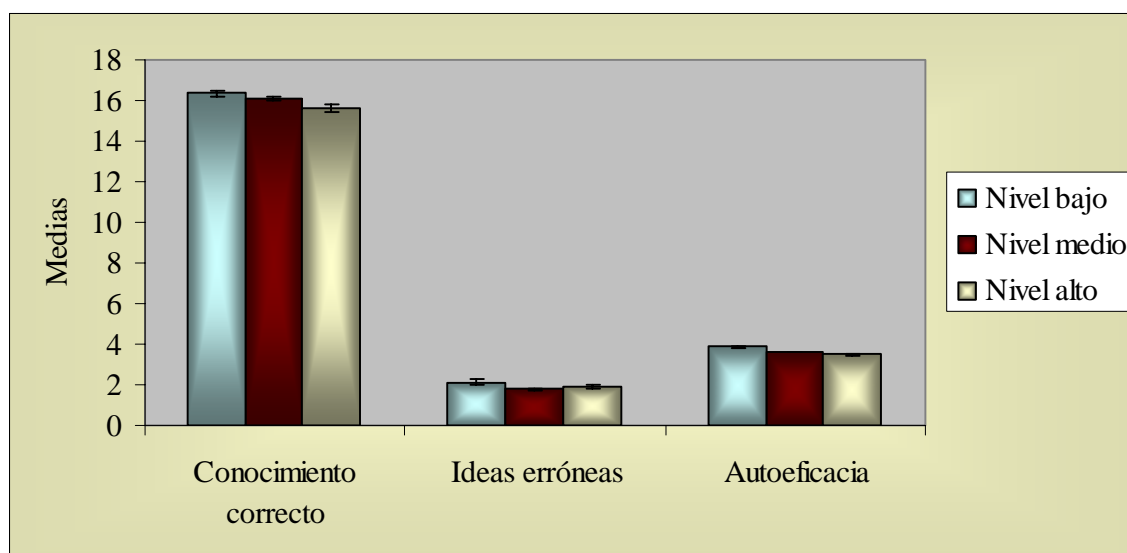
	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,117	0,000
Medio			0,002
Alto			

Tabla 193. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo sensibilidad interpersonal e ideas erróneas.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,009	0,205
Medio			0,346
Alto			

Tabla 194. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo sensibilidad interpersonal y autoeficacia.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,000	0,000
Medio			0,059
Alto			



Gráfica 43. Medias del conocimiento correcto, las ideas erróneas y la autoeficacia frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo sensibilidad interpersonal (bajo, medio y alto).

7.6.6.4. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo depresión.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la depresión se recogen en la Tabla 195. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 44. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la sensibilidad interpersonal se encuentran diferencias significativas en las actitudes neutra  $F_{(2,2167)}=4,285$ ;  $MSE=1,031$ ;  $p<0,014$  (Véase Tabla 196). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la actitud neutra entre los adolescentes de alto nivel del rasgo depresión y los de bajo y medio nivel, siendo menor la actitud neutra en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 197).

Tabla 195. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo la depresión.

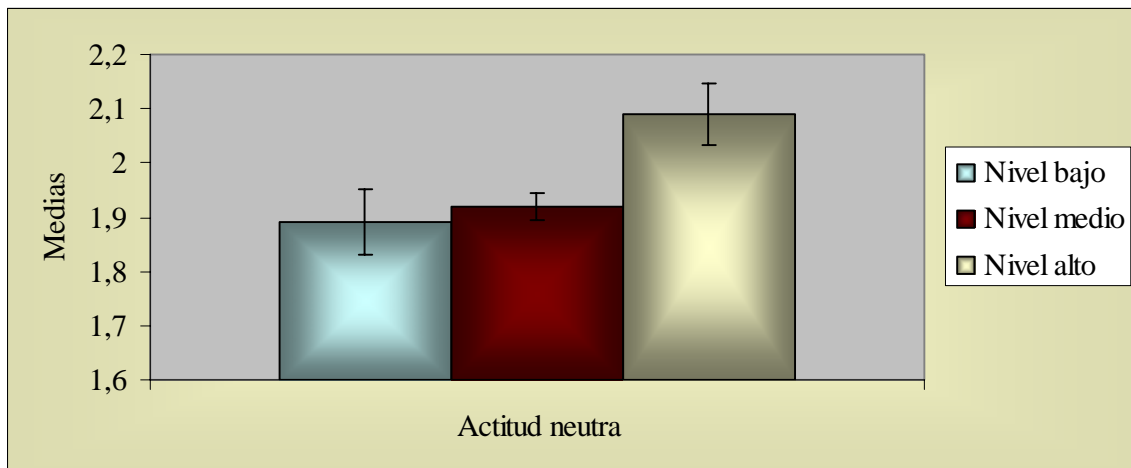
	Nivel del rasgo depresión					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,29	2,80	16,07	2,62	15,91	2,73
Ideas erróneas	1,85	2,08	1,87	2,19	1,78	2,00
Actitud positiva	3,77	1,21	3,79	1,18	3,83	1,17
Actitud negativa	1,51	1,19	1,41	1,18	1,35	1,10
Actitud neutra	1,89	1,06	1,92	1,00	2,09	1,01
Susceptibilidad	3,37	1,21	3,39	1,14	3,43	1,16
Autoeficacia	3,76	1,11	3,61	1,08	3,62	1,14

Tabla 196. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la depresión.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	11,394	1,604	0,201
Ideas erróneas	2	1,200	0,259	0,771
Actitud positiva	2	0,388	0,277	0,758
Actitud negativa	2	2,166	1,576	0,207
Actitud neutra	2	4,419	4,285	0,014
Susceptibilidad	2	0,250	0,185	0,831
Autoeficacia	2	2,807	2,351	0,096

Tabla 197. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo depresión y actitud neutra.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,599	0,012
Medio			0,006
Alto			



Gráfica 44. Medias de la actitud neutra frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo depresión (bajo, medio y alto).

7.6.6.5. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ansiedad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la ansiedad aparece en la Tabla 198. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 45. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la ansiedad se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto  $F_{(2,2104)}=8,305$ ;  $MSE=7,058$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 199). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ansiedad y los de bajo y medio nivel, siendo menor el conocimiento correcto en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 200).

Tabla 198. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo ansiedad.

	Nivel del rasgo ansiedad					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,33	2,51	16,14	2,66	15,55	2,76
Ideas erróneas	1,81	2,10	1,82	2,14	2,02	2,19
Actitud positiva	3,74	1,15	3,82	1,181	3,72	1,21
Actitud negativa	1,54	1,19	1,40	1,17	1,35	1,15
Actitud neutra	1,86	1,00	1,96	1,02	1,97	0,99
Susceptibilidad	3,37	1,17	3,38	1,16	3,49	1,15
Autoeficacia	3,71	1,08	3,64	1,08	3,53	1,11

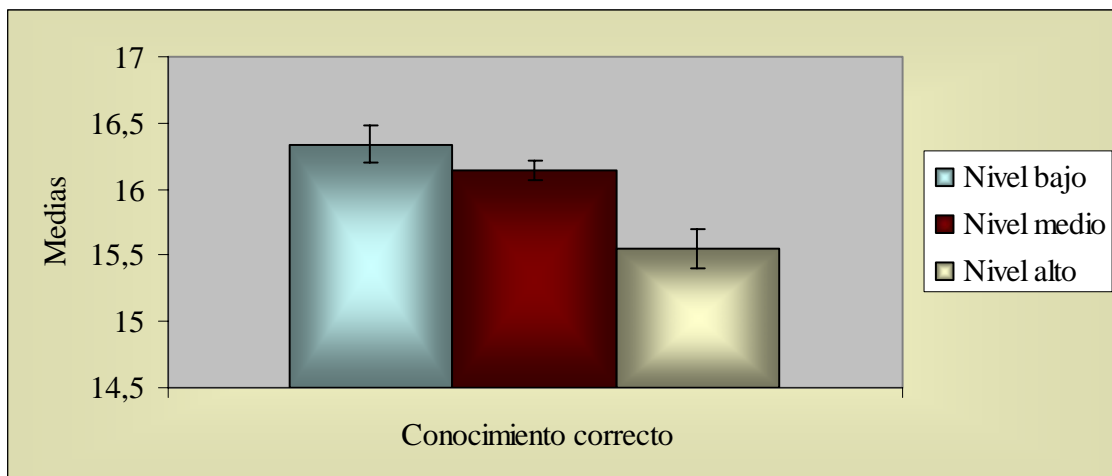


Tabla 199. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la ansiedad.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	58,621	8,305	0,000
Ideas erróneas	2	5,572	1,205	0,300
Actitud positiva	2	1,835	1,310	0,270
Actitud negativa	2	3,247	2,364	0,094
Actitud neutra	2	1,122	1,085	0,338
Susceptibilidad	2	1,801	1,339	0,262
Autoeficacia	2	3,138	2,630	0,072

Tabla 200. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad y conocimiento correcto.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,242	0,000
Medio			0,000
Alto			



Gráfica 45. Medias del conocimiento correcto frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ansiedad (bajo, medio y alto).

7.6.6.6. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo hostilidad.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la hostilidad aparece en la Tabla 201. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 46. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la hostilidad se encuentran diferencias significativas en la actitud neutra  $F_{(2,2.167)}=6,061$ ;  $MSE=1,030$ ;  $p<0,002$  (Véase Tabla 202). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la actitud neutra entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel del rasgo hostilidad siendo mayor la actitud neutra a mayor nivel en el rasgo (Véase Tabla 203).

Tabla 201. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo hostilidad.

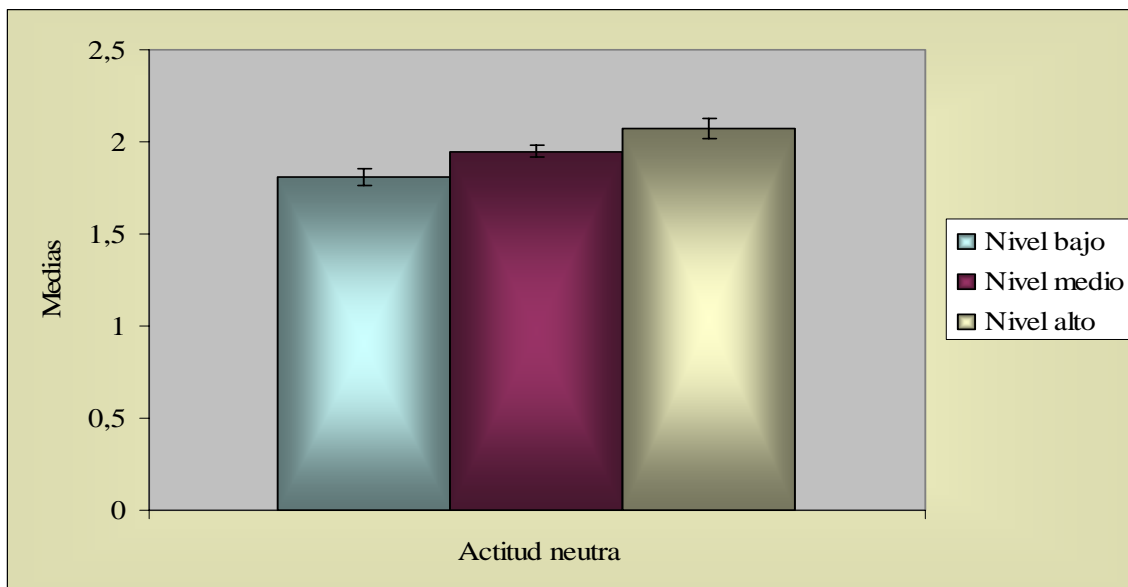
	Nivel del rasgo hostilidad					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,29	2,58	16,05	2,68	15,95	2,69
Ideas erróneas	2,09	2,39	1,79	2,08	1,85	2,10
Actitud positiva	3,68	1,21	3,82	1,17	3,79	1,17
Actitud negativa	1,41	1,21	1,42	1,17	1,44	1,14
Actitud neutra	1,81	0,98	1,95	1,03	2,07	1,00
Susceptibilidad	3,39	1,15	3,38	1,16	3,49	1,17
Autoeficacia	3,70	1,11	3,64	1,07	3,55	1,137

Tabla 202. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del rasgo hostilidad.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	12,829	1,806	0,165
Ideas erróneas	2	13,681	2,965	0,052
Actitud positiva	2	3,013	2,153	0,116
Actitud negativa	2	0,070	0,051	0,950
Actitud neutra	2	6,240	6,061	0,002
Susceptibilidad	2	2,142	1,592	0,204
Autoeficacia	2	2,047	1,714	0,180

Tabla 203. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo hostilidad y actitud neutra.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,017	0,001
Medio			0,049
Alto			



Gráfica 46. Medias de la actitud neutra frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo hostilidad (bajo, medio y alto).

7.6.6.7. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ansiedad fóbica.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la ansiedad fóbica se recogen en la Tabla 204. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 47. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la sensibilidad interpersonal se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto  $F_{(2,2104)}=15,099$ ;  $MSE=7,014$ ;  $p<0,000$ , las ideas erróneas  $F_{(2,2103)}=13,951$ ;  $MSE=4,567$ ;  $p<0,000$ , la actitud positiva  $F_{(2,2188)}=6,889$ ;  $MSE=1,393$ ;  $p<0,001$ , susceptibilidad  $F_{(2,2165)}=3,039$ ;  $MSE=1,343$ ;  $p<0,048$  y en autoeficacia  $F_{(2,2183)}=10,970$ ;  $MSE=1,184$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 205). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ansiedad fóbica y los de bajo y medio nivel siendo menor el conocimiento correcto en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 206); de igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en las ideas erróneas entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ansiedad fóbica y los de bajo y medio nivel siendo mayor las ideas erróneas en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 207). Con relación a la actitud positiva se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ansiedad fóbica y los de bajo y medio nivel siendo menor las la actitud positiva en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 208). La susceptibilidad presenta diferencias significativas entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ansiedad fóbica y los de bajo y medio nivel siendo menor la susceptibilidad en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 209). Por último, se encontraron diferencias mínimas significativas en la autoeficacia entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel del rasgo ansiedad fóbica siendo menor la autoeficacia a mayor nivel en la ansiedad fóbica (Véase Tabla 210).

Tabla 204. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo ansiedad fóbica.

	Nivel del rasgo ansiedad fóbica					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,46	2,64	16,16	2,65	15,43	2,65
Ideas erróneas	1,59	1,86	1,78	2,09	2,37	2,49
Actitud positiva	3,89	1,14	3,82	1,17	3,59	1,23
Actitud negativa	1,44	1,20	1,38	1,16	1,54	1,18
Actitud neutra	1,98	1,03	1,92	1,01	2,03	1,02
Susceptibilidad	3,50	1,16	3,40	1,15	3,29	1,17
Autoeficacia	3,80	1,09	3,65	1,08	3,43	1,11

Tabla 205. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la ansiedad fóbica.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	105,898	15,099	0,000
Ideas erróneas	2	63,710	13,951	0,000
Actitud positiva	2	9,600	6,889	0,001
Actitud negativa	2	3,614	2,632	0,072
Actitud neutra	2	2,181	2,111	0,121
Susceptibilidad	2	4,082	3,039	0,048
Autoeficacia	2	12,994	10,970	0,000

Tabla 206. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad fóbica y conocimiento correcto.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,059	0,000
Medio			0,000
Alto			

Tabla 207. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad fóbica e ideas erróneas.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,146	0,000
Medio			0,000
Alto			

Tabla 208. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad fóbica y actitud positiva.

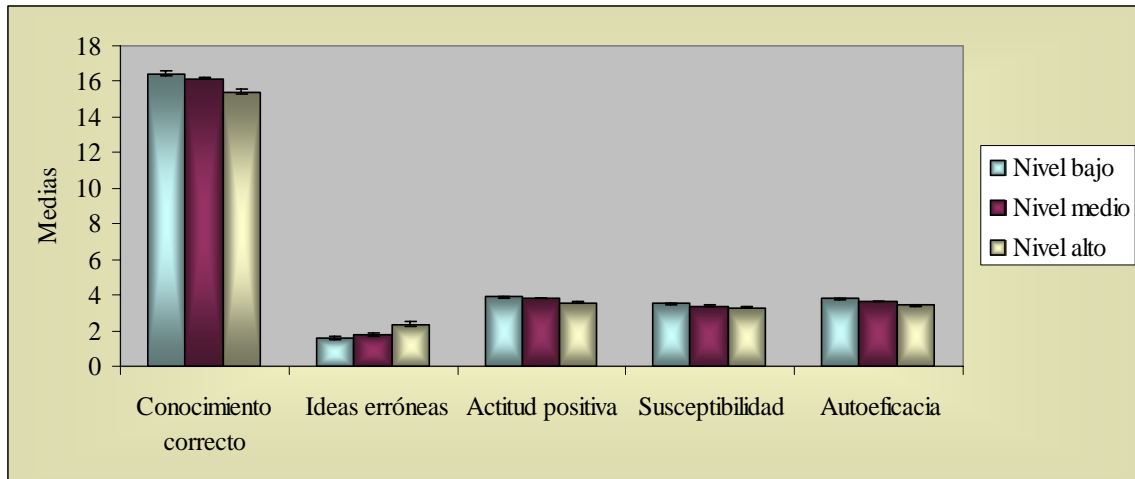
	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,316	0,001
Medio			0,001
Alto			

Tabla 209. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad fóbica y susceptibilidad.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,127	0,014
Medio			0,110
Alto			

Tabla 210. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ansiedad fóbica y autoeficacia.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,017	0,000
Medio			0,001
Alto			



Gráfica 47. Medias del conocimiento correcto, las ideas erróneas, actitud positiva, susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ansiedad fóbica (bajo, medio y alto).

7.6.6.8. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ideación paranoide.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la ideación paranoide aparece en la Tabla 211. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 48. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la ideación paranoide se encuentran diferencias significativas en la susceptibilidad  $F_{(2,2.165)}=4,094$ ;  $MSE=4,094$ ;  $p<0,017$  (Véase Tabla 212). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en la susceptibilidad se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de alto nivel del rasgo ideación paranoide y los de bajo y medio nivel del rasgo siendo mayor la susceptibilidad en el grupo de mayor nivel en el rasgo (Véase Tabla 213).

Tabla 211. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo ideación paranoide.

	Nivel del rasgo ideación paranoide					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	15,99	2,67	16,18	2,67	15,85	2,64
Ideas erróneas	2,00	2,37	1,77	2,04	1,99	2,23
Actitud positiva	3,72	1,184	3,81	1,16	3,80	1,26
Actitud negativa	1,46	1,25	1,39	1,14	1,47	1,17
Actitud neutra	1,93	1,04	1,94	1,01	1,99	1,02
Susceptibilidad	3,35	1,15	3,37	1,17	3,55	1,13
Autoeficacia	3,67	1,08	3,64	1,09	3,60	1,13

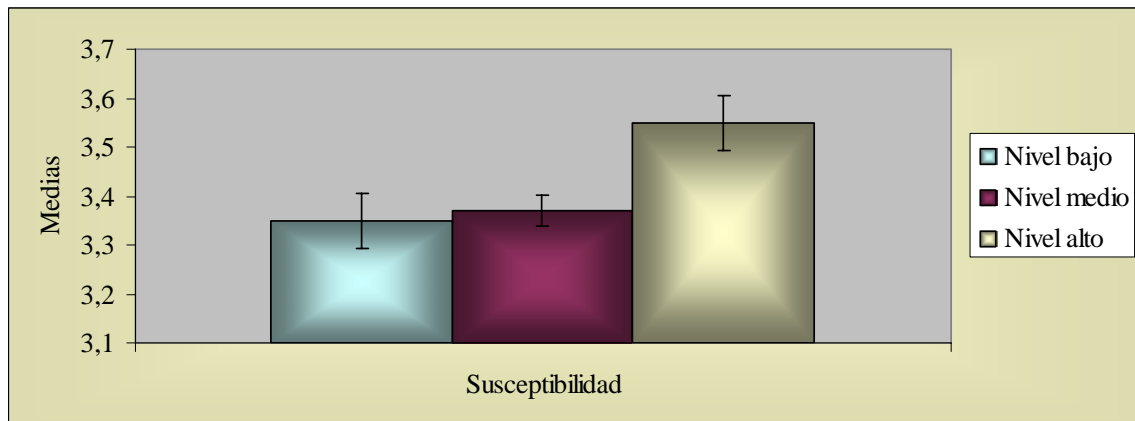
Tabla 212. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la ideación paranoide.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	18,780	2,646	0,071
Ideas erróneas	2	13,200	2,860	0,057
Actitud positiva	2	1,219	0,870	0,419
Actitud negativa	2	1,592	1,158	0,314
Actitud neutra	2	0,432	0,418	0,658
Susceptibilidad	2	5,495	4,094	0,017
Autoeficacia	2	0,515	0,431	0,650



Tabla 213. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo ideación paranoide y susceptibilidad.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,813	0,016
Medio			0,007
Alto			



Gráfica 48. Medias de la susceptibilidad frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo ideación paranoide (bajo, medio y alto).

7.6.6.9. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel del rasgo psicoticismo.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de psicoticismo se recogen en la Tabla 214. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 49. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de psicoticismo se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto  $F_{(2,2104)}=4,879$ ;  $MSE=7,081$ ;  $p<0,008$  y la actitud neutra  $F_{(2,2167)}=3,920$ ;  $MSE=1,032$ ;  $p<0,020$  (Véase Tabla 215). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en el conocimiento correcto entre los adolescentes de alto nivel del rasgo psicoticismo y los adolescentes de nivel bajo y medio, siendo menor el conocimiento

correcto en el grupo de alto nivel del rasgo psicoticismo (Véase Tabla 216). Con relación a la actitud neutra se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de bajo nivel del rasgo psicoticismo y los adolescentes de nivel medio y alto, siendo menor la actitud neutra en el grupo de alto nivel del rasgo psicoticismo (Véase Tabla 217).

Tabla 214. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel del rasgo psicoticismo.

---

	Nivel del rasgo psicoticismo					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,27	2,79	16,13	2,62	15,65	2,77
Ideas erróneas	2,02	2,38	1,80	2,14	2,00	2,02
Actitud positiva	3,7	1,22	3,82	1,17	3,73	1,22
Actitud negativa	1,54	1,23	1,40	1,17	1,41	1,14
Actitud neutra	1,79	1,01	1,95	1,02	2,03	1,02
Susceptibilidad	3,37	1,18	3,4	1,15	3,45	1,17
Autoeficacia	3,70	1,17	3,65	1,07	3,51	1,14

---

Tabla 215. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función del psicoticismo.

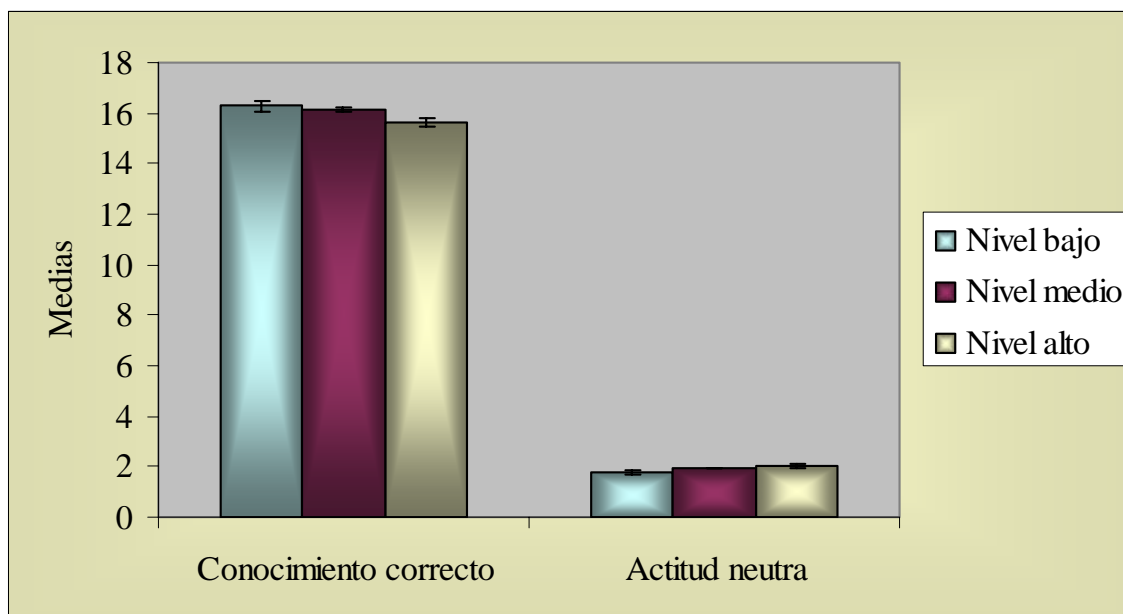
Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	34,547	4,879	0,008
Ideas erróneas	2	9,265	2,006	0,135
Actitud positiva	2	2,180	1,557	0,211
Actitud negativa	2	1,879	1,367	0,255
Actitud neutra	2	4,044	3,920	0,020
Susceptibilidad	2	0,481	0,357	0,699
Autoeficacia	2	3,353	2,810	0,060

Tabla 216. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo psicoticismo y conocimiento correcto.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,453	0,007
Medio			0,004
Alto			

Tabla 217. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables rasgo psicoticismo y actitud neutra.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,021	0,006
Medio			0,226
Alto			



Gráfica 49. Medias del conocimiento correcto y actitud neutra frente al VIH/SIDA en función del nivel del rasgo psicoticismo (bajo, medio y alto).

7.6.6.10. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel de conducta antisocial.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la conducta antisocial se recogen en la Tabla 218. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 49. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de conducta antisocial se encuentran diferencias significativas en las ideas erróneas  $F_{(2,2103)}=10,155$ ;  $MSE=4,583$ ;  $p<0,000$ , en la actitud negativa  $F_{(2,2167)}=6,931$ ;  $MSE=1,368$ ;  $p<0,001$ , la actitud neutra  $F_{(2,2167)}=5,649$ ;  $MSE=1,030$ ;  $p<0,004$  y en susceptibilidad  $F_{(2,2.165)}=3,816$ ;  $MSE=1,342$ ;  $p<0,022$  (Véase Tabla 219). Con el análisis de comparación post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias mínimas significativas en las ideas erróneas entre los adolescentes de bajo, medio y alto nivel de conducta antisocial siendo menor las ideas erróneas en el grupo de mayor nivel (Véase Tabla 220); de igual forma, se encontraron diferencias mínimas significativas en la actitud negativa entre los adolescentes de bajo nivel de conducta

antisocial y los adolescentes de medio y alto nivel de conducta antisocial siendo menor la actitud negativa en el grupo de mayor nivel en conducta antisocial (Véase Tabla 221). Con relación a la actitud neutra se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de alto nivel de conducta antisocial y los adolescentes de bajo y medio nivel de conducta antisocial siendo mayor la actitud neutra en el grupo de mayor nivel en conducta antisocial (Véase Tabla 222). En la susceptibilidad se encontraron diferencias mínimas significativas entre los adolescentes de bajo nivel de conducta antisocial y los adolescentes de alto nivel de conducta antisocial siendo mayor la susceptibilidad en el grupo de mayor nivel en la conducta antisocial (Véase Tabla 223).

Tabla 218. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel de la conducta antisocial.

	Nivel de la conducta antisocial					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto	16,21	2,72	16,03	2,69	16,10	2,54
Ideas erróneas	2,22	2,50	1,82	2,11	1,56	1,77
Actitud positiva	3,76	1,14	3,76	1,19	3,92	1,18
Actitud negativa	1,59	1,32	1,40	1,13	1,30	1,10
Actitud neutra	1,90	1,07	1,92	0,978	2,09	1,06
Susceptibilidad	3,29	1,20	3,40	1,14	3,50	1,16
Autoeficacia	3,62	1,15	3,61	1,10	3,73	1,05

Tabla 219. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la conducta antisocial.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	5,720	0,805	0,447
Ideas erróneas	2	46,544	10,155	0,000
Actitud positiva	2	4,004	2,863	0,057
Actitud negativa	2	9,479	6,931	0,001
Actitud neutra	2	5,818	5,649	0,004
Susceptibilidad	2	5,123	3,816	0,022
Autoeficacia	2	2,306	1,931	0,145

Tabla 220. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables conducta antisocial e ideas erróneas.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,001	0,000
Medio			0,036
Alto			

Tabla 221. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables conducta antisocial y actitud negativa.

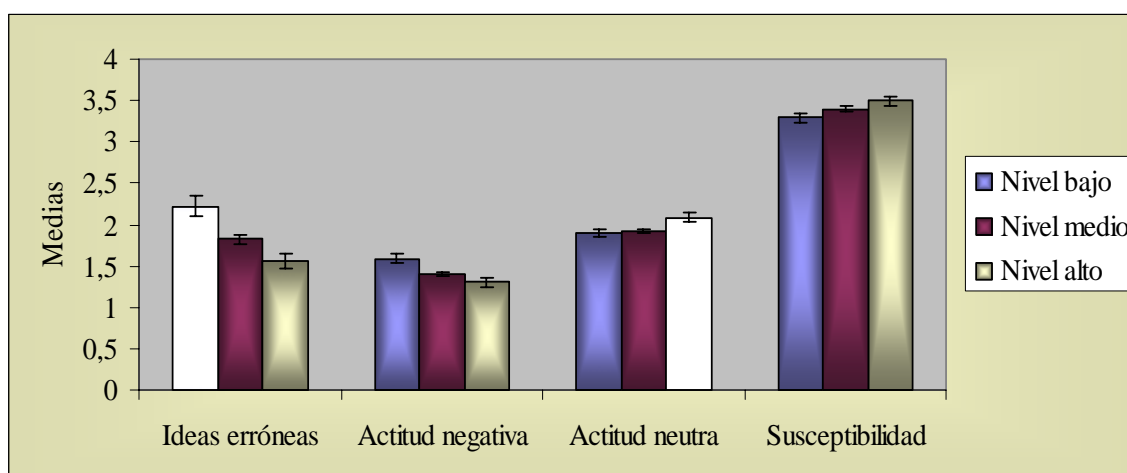
	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,003	0,000
Medio			0,150
Alto			

Tabla 222. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables conducta antisocial y actitud neutra.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,564	0,003
Medio			0,002
Alto			

Tabla 223. Diferencia mínima significativa de Fisher para las variables conducta antisocial y susceptibilidad.

	Bajo	Medio	Alto
Bajo		0,065	0,006
Medio			0,124
Alto			



Gráfica 50. Medias ideas erróneas, actitud negativa, actitud neutra y la susceptibilidad frente al VIH/SIDA en función del nivel de la conducta antisocial (bajo, medio y alto).

7.6.6.11. Resultados de las variables cognitivo conductuales (conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia) con relación a la infección por el VIH/SIDA en función del nivel de conducta delictiva.

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes medidas conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en función de los niveles de la conducta delictiva se recogen en la Tabla 224. Una representación gráfica de las medias de las variables que tienen diferencias significativas pueden verse en la Gráfica 51. Al realizar un análisis de varianza en función de los niveles de la conducta delictiva se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto  $F_{(2,2105)}=5,106$ ;  $MSE=7,094$ ;  $p<0,024$ , la actitud negativa  $F_{(2,2168)}=8,245$ ;  $MSE=1,371$ ;  $p<0,004$  y en la actitud neutra  $F_{(2,2.168)}=17,605$ ;  $MSE=1,346$ ;  $p<0,000$  (Véase Tabla 224). No se puede realizar el análisis de

comparación post-hoc mediante la prueba DSM para encontraron diferencias mínimas significativas ya que solo existen dos niveles en la conducta delictiva. Los adolescentes del nivel medio de conducta delictiva tienen mayor puntuación en el conocimiento correcto que los adolescentes del nivel alto en conducta delictiva; por el contrario, los adolescentes del nivel alto de la conducta delictiva tienen mayor actitud negativa y neutra que los adolescentes del nivel medio de la conducta delictiva.

Tabla 224. Medias y desviaciones típicas del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes colombianos en función del nivel de la conducta delictiva.

---

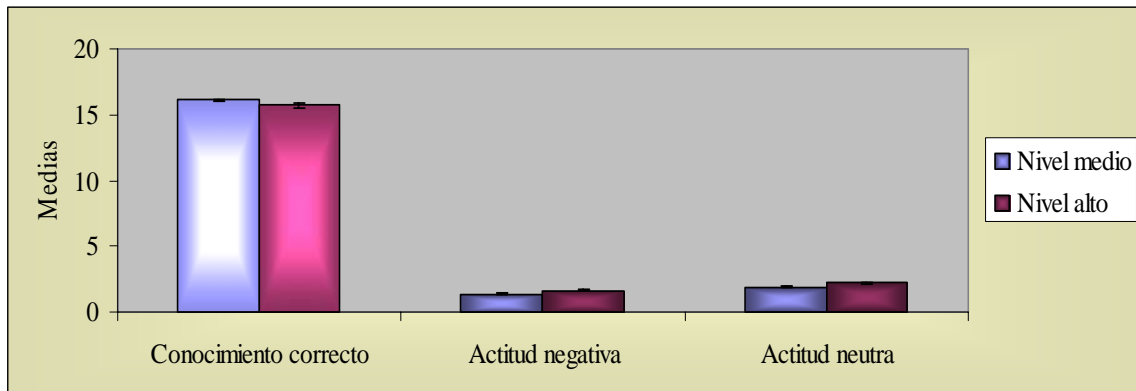
	Nivel de la conducta delictiva					
	Bajo		Medio		Alto	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Conocimiento correcto			16,13	2,65	15,71	2,77
Ideas erróneas			1,84	2,14	1,99	2,17
Actitud positiva			3,81	1,18	3,68	1,24
Actitud negativa			1,39	1,17	1,62	1,18
Actitud neutra			1,91	1,01	2,20	1,02
Susceptibilidad			3,39	1,16	3,44	1,14
Autoeficacia			3,64	1,09	3,64	1,08

---



Tabla 225. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes colombianos en función de la conducta delictiva.

Variables	gl	Media cuadrática	F	Sig
Conocimiento correcto	2	36,219	5,106	0,024
Ideas erróneas	2	5,027	1,087	0,297
Actitud positiva	2	3,247	2,319	0,128
Actitud negativa	2	11,301	8,245	0,004
Actitud neutra	2	18,072	17,605	0,000
Susceptibilidad	2	0,618	0,459	0,498
Autoeficacia	2	0,007	0,006	0,937



Gráfica 51. Medias del conocimiento correcto, actitud negativa y actitud neutra frente al VIH/SIDA en función del nivel de la conducta delictiva (bajo, medio y alto).



## Capítulo 8. DISCUSIÓN

La revisión teórica realizada permite concluir que la infección por el VIH/SIDA compromete de forma significativa a los adolescentes lo cual queda demostrado por el incremento de los casos de VIH/SIDA en esta población, principalmente por las conductas de riesgo emitidas con relación a su sexualidad y la exposición a otros factores psicosociales. Concretamente, factores como los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad, la autoeficacia, el autoconcepto, el autocontrol, las habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones y las variables psicopatológicas han sido relacionados con la infección por el VIH/SIDA. No obstante, en otros estudios se hace referencia a factores diferentes a los mencionados.

Como se puede observar en los resultados obtenidos, la primera hipótesis se cumple parcialmente. Esta hipótesis establecía que se encontrarían diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales como son los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa. En la investigación se encuentran diferencias significativas en los conocimientos correctos en función de la región geográfica, la edad, la institución educativa y el nivel de escolaridad, y no significativas en función del sexo. Los resultados indican que los adolescentes de la región Insular son los que presentan mayor nivel de conocimientos correctos sobre la infección por el VIH/SIDA; posiblemente esta diferencia puede ser debida a que en esta región se cuenta con un programa de educación sexual desde hace varios años en todos los niveles de escolaridad de la institución y con todos los miembros de la comunidad educativa (alumnos, docentes, administrativos, etc.). Por el contrario, los adolescentes de la región Atlántica son los que tienen menor nivel de conocimientos correctos sobre el VIH/SIDA. Estos resultados son respaldados por los estudios realizado por Ananth y Koopman (2003) en los cuales la facilidad para acceder a la educación influye sobre el nivel de conocimientos. Adicionalmente, con relación al conocimiento correcto se encuentran diferencias significativas en función de la edad, así los adolescentes entre 13 y 14 años son los que tienen el nivel de conocimiento más bajo en comparación con adolescentes de otras edades. Los resultados son opuestos a los hallazgos indicados en otras investigaciones en las cuales se indica que la edad no es un factor que influye en el nivel de

conocimientos correctos sobre la infección por el VIH/SIDA (Cohall et al., 2001). De igual forma, los adolescentes de las instituciones públicas son los que presentan menos conocimientos correctos sobre el VIH/SIDA, posiblemente porque en las instituciones públicas no se cuentan con los recursos económicos suficientes para el desarrollo de programas educativos y, a su vez, no se pueden realizar de forma sistemática y continua. En investigaciones realizadas se encuentran diferencias significativas en función del tipo de institución educativa (Gascón, 2003). A su vez, se encuentran diferentes significativas en los conocimientos correctos en función del nivel de escolaridad, de tal manera que los adolescentes de cursos inferiores tienen menor nivel de conocimiento correcto sobre la infección por el VIH/SIDA en comparación con niveles de escolaridad superiores. En función del sexo no se encontraron diferencias significativas; resultados similares han sido aportados por investigaciones en las cuales se establece que tanto varones como mujeres adolescentes tienen el mismo nivel de conocimientos correctos sobre la infección por el VIH/SIDA (Cohall et al., 2001; Norman y Carr, 2003)). La relevancia de esta variable radica en que a mayor conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA, se tiene una estrategia de protección frente al VIH (Morris et al., 2003); de igual forma, diferentes investigaciones establecen la influencia que tiene el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH (Carey y Schroder, 2002).

Algunas investigaciones indican que el nivel de conocimientos en los adolescentes es bajo (Gökengin et al., 2003; Morris et al., 2003), siendo contrarios los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que el nivel de conocimiento correcto de los adolescentes colombianos es medio y alto en su mayoría. Sin embargo, estos resultados son apoyados por investigaciones como la de Vinh, Roguin, Thebaud, Semaille y Tri (2003) en la cual los conocimientos de los adolescentes son adecuados. En síntesis, los adolescentes de la región Atlántica, los adolescentes de menor edad, los que pertenecen a instituciones educativas públicas y están en octavo curso son los que tienen menor nivel de conocimientos correctos sobre la infección por el VIH/SIDA, lo cual debe ser tenido en cuenta ya que es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH.

A pesar de las diferentes intervenciones educativas frente a la infección por el VIH en la población adolescente se siguen encontrando ideas erróneas sobre la infección por el VIH (Robillard, 2001). En la presente investigación se encuentran diferencias significativas en las ideas erróneas en función del sexo, la edad, la

institución educativa y el nivel de escolaridad, y no se han encontrado diferencias significativas en función de la región geográfica. Los varones adolescentes tienen mayor número de ideas erróneas que las mujeres adolescentes; estos resultados coinciden con los de otras investigaciones en las cuales se indica que los varones tienen mayor número de ideas erróneas con relación a la infección por el VIH/SIDA que las mujeres (Im-em et al., 2002). Las principales ideas erróneas que muestran los adolescentes colombianos se relacionan con las formas de prevención de la infección por el VIH/SIDA y los mecanismos de transmisión del virus. Aunque el porcentaje de las ideas erróneas entre los adolescentes colombianos oscila entre el 15 y el 25%, aún poseen ideas como que la picadura de un mosquito y el compartir utensilios con personas diagnosticadas de VIH permiten la transmisión del VIH. En la literatura se encuentran estudios que respaldan estos resultados, algunas investigaciones indican que entre las principales ideas erróneas de los adolescentes se encuentran la transmisión del VIH por medio de picaduras de mosquitos y por compartir utensilios con las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Bhattacharya et al., 2000); también muchas ideas erróneas son sobre las formas de tratamiento del VIH/SIDA (Ford et al., 2001). En función del grupo de edad, también se encontraron diferencias significativas con relación a las ideas erróneas siendo los adolescentes con edades entre 13 y 14 años los que tienen el mayor número de ideas erróneas sobre la infección por el VIH/SIDA. Por tanto, se puede establecer que a menor edad, mayor es la cantidad de ideas erróneas que tienen los adolescentes. De igual forma, en función del tipo de institución educativa se encuentra que los adolescentes de las instituciones educativas públicas son los que más ideas erróneas tienen sobre la infección por el VIH/SIDA. Es importante mencionar que no existen muchas investigaciones donde se incluyen como variable independiente el tipo de institución educativa, por lo cual esta variable es importante teniendo en cuenta las diferencias encontradas. En función del nivel de escolaridad se encontró que a menor nivel de escolaridad mayor es el número de ideas erróneas frente a la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes colombianos.

Tanto el sexo, como la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad influyen en las ideas erróneas sobre la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes colombianos. Por tanto, a partir de los resultados encontrados con relación a las ideas erróneas se puede establecer que los varones adolescentes, los adolescentes de menor edad, los adolescentes de las instituciones públicas y los de octavo curso presenta mayor ideas erróneas frente a la infección por el VIH/SIDA; por lo cual se

hace necesaria enfatizar en esta población con el fin de reducir los errores de conocimiento e incrementar los conocimiento correctos.

La actitud ha sido otra de las variables estudiadas con relación a la infección por el VIH/SIDA. En la investigación se encuentran diferencias significativas en la actitud positiva en función del sexo, la edad, la institución educativa y el nivel de escolaridad. En esta investigación se considera la actitud positiva en hacia las personas diagnosticadas de VIH y el uso del preservativo. En función del sexo se encuentran diferencias significativas siendo mayor la actitud positiva en las mujeres que en los varones adolescentes, estos resultados coinciden con las diferencias encontradas por Lau, Tsui y Chag (2005) donde las mujeres tienen una actitud más favorable frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en comparación con los varones. De igual forma, se encuentran diferencias en función del tipo institución educativa, de tal manera que los adolescentes de instituciones privadas tienen una actitud más favorable frente a las personas diagnosticadas y al uso del preservativo que los adolescentes de instituciones públicas. Con base en lo anterior, se podría establecer que a mayor nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH la actitud de los adolescentes colombianos es más positiva, ya que se presentan diferencias significativas tanto el nivel de conocimiento correcto como en actitud positiva específicamente en función del sexo. De igual forma, la actitud es más positiva en los adolescentes colombianos que tienen más edad y los que están en un nivel de escolaridad superior. Las diferentes investigaciones sobre evaluación de la actitud hacia las personas diagnosticadas de VIH/SIDA indican que aún se encuentran actitudes poco favorables hacia las personas diagnosticadas (García Martínez, 2005); en los adolescentes colombianos se encuentra una actitud favorable en el 80% de la población adolescente, sin embargo un porcentaje aproximado del 23% considera que las personas diagnosticadas de VIH/SIDA deben estar aisladas, generando una actitud de rechazo. Es probable que esta actitud negativa hacia las personas diagnosticadas de VIH/SIDA esté influenciada por algunas ideas erróneas que se tienen frente la infección principalmente relacionada con las formas de transmisión del virus.

La actitud de los adolescentes frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA ha sido estudiada por muchos investigadores y se han encontrado resultados contradictorios, que van desde una actitud favorable frente a las personas diagnosticadas (Montazeri, 2004) hasta una actitud de rechazo en otros casos (Taghizade, 2005). A su vez, las actitudes se relacionan con el uso del preservativo, ante lo cual se ha encontrado

que los adolescentes no tienen una actitud favorable frente al uso de preservativos porque les disminuye el placer o les cuesta conseguirlos (Liverpool et al., 2002); por el contrario, se ha encontrado una actitud favorable frente al uso del preservativo por parte de los adolescentes como una estrategia, no solo de prevención de enfermedades de transmisión sexual sino también de prevención del VIH. En la investigación se encuentran diferencias significativas en la actitud negativa hacia las personas diagnosticadas de VIH y hacia el uso del preservativo en función de la región geográfica, el sexo, la edad y el nivel de escolaridad, y no se encontraron diferencias significativas en función del tipo de institución educativa. Los adolescentes de la región Insular son los que presentan una actitud menos favorable frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en comparación con los adolescentes de otras regiones. Es interesante anotar que los adolescentes de la región Insular son los que tienen mayor conocimiento correcto frente a la infección por el VIH, sin embargo presentan más actitudes negativas. Diferentes estudios establecen que el conocimiento no es suficiente para modificar las actitudes de las personas frente a una situación (Bayés, 1995). De igual forma, los varones tienen una actitud negativa mayor que las mujeres lo cual está respaldado por diferentes investigaciones, donde se establece que la mujer acepta más a las personas diagnosticadas o tiene una actitud más favorable (Im-em et al., 2002), aunque en la investigación no se encuentre esa diferencia. La edad es otra variable que influye en las actitudes negativas, siendo menor la actitud negativa en los adolescentes de mayor edad; esta diferencia puede relacionarse principalmente con el nivel de conocimientos correctos que es mayor en los adolescentes de mayor edad. A su vez, esto se ve reflejado en las diferencias encontradas en el nivel de escolaridad siendo mayor la actitud negativa a menor nivel de escolaridad. En síntesis se puede establecer que los adolescentes que presentan una actitud menos favorable frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA y frente al uso del preservativo, son los de la región Insular, los varones, los de menor edad y los de octavo curso.

Con relación a las actitudes neutras, en la investigación se encuentran diferencias significativas en función de la región geográfica y el sexo; no se encuentran diferencias significativas en función de la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa. Las actitudes neutras son mayores en los adolescentes colombianos de la región Insular y en los varones adolescentes. Entre las principales dificultades se destaca la dificultad por comprar preservativos aunque, un porcentaje bastante alto indica que es importante el uso del preservativo en las relaciones sexuales,

aunque lo usen poco. De hecho, el 30% de los adolescentes indica que utilizarlos hace que disminuya el placer en las relaciones sexuales y a su vez son menos divertidas. Estos resultados son apoyados por diferentes investigaciones en las cuales, aunque se considere el preservativo como un instrumento fundamental en la prevención, se sigue identificando ideas de disminución del placer y la diversión cuando se usa el preservativo (Murphy y Bogges, 1998).

Sobre la susceptibilidad frente a la infección por el VIH/SIDA, tal y como lo plantean diferentes estudios, los adolescentes no se sienten susceptibles frente al VIH (Vinh et al., 2003), encontrándose lo contrario en la presente investigación. Los resultados encontrados muestran diferencias significativas en la susceptibilidad de los adolescentes en función de la región geográfica, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad, y no en función del sexo ni la edad. La Orinoquía es la región de Colombia en la cual los adolescentes se perciben más susceptibles frente a la infección por VIH en comparación con otras regiones de Colombia. Una posible explicación es el trabajo que se realiza en las instituciones educativas de esta región ya que tienen un modelo de trabajo mucho más personalizado teniendo en cuenta el número de estudiantes que es bastante reducido, y se ha invertido en la formación de los docentes que facilitan procesos de sensibilización en su programa de educación sexual, lo cual puede influir en la percepción de riesgo que puedan tener los adolescentes. De igual forma, se encuentra que los adolescentes de las instituciones educativas privadas tienen mayor susceptibilidad al riesgo y se relaciona con la reflexión sobre la posibilidad de acceder a programas de educación financiados y que garantizan la continuidad en el trabajo. A su vez, los adolescentes de mayor nivel de escolaridad perciben más susceptibles a la infección por el VIH/SIDA. Diferentes investigaciones establecen que los adolescentes se perciben en riesgo frente a la infección, lo cual respalda los resultados de la investigación en la cual el 20,25% de los adolescentes colombianos tienen una baja susceptibilidad frente al VIH. Por tanto, los adolescentes de Orinoquía, los adolescentes de las instituciones privadas y los de más alto nivel de escolaridad se perciben más susceptibles a la infección por el VIH. Estos resultados se ven apoyados por otras investigaciones en las cuales los adolescentes se perciben en riesgo frente a la infección por el VIH convirtiéndose en un factor de protección en la medida que ven que pueden infectarse (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002); aunque esta susceptibilidad no es suficiente para protegerse frente a la infección, deben tenerse en cuenta los contextos donde están inmersos los adolescentes (Campart y Scandroglio,



1997), como es el caso de Colombia donde en algunas regiones funciona como factor de protección al sentirse más susceptibles como en la Orinoquía y en otros un factor de riesgo a percibirse menos susceptibles como en la región Atlántica. En la investigación no se encontraron diferencias en función del sexo, lo cual contradice los resultados encontrados donde la percepción de riesgo en las mujeres adolescentes es mayor que en los varones adolescentes (Liverpool et al., 2002).

Los resultados encontrados sobre la autoeficacia muestran diferencias significativas de los adolescentes colombianos en función de la región geográfica y el sexo, y no en función de la edad, el tipo de institución y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Insular son los que se perciben más autoeficaces con relación a la infección por el VIH, posiblemente por el alto nivel de conocimientos correctos que tienen sobre la infección por el VIH/SIDA. A su vez, los varones adolescentes se sienten más autoeficaces frente al VIH y también tienen mayor nivel de conocimientos sobre el VIH. Por tanto, se puede establecer que los conocimientos sobre la infección sobre el VIH/SIDA influyen sobre la autoeficacia frente a la infección en la medida que se genera seguridad al conocer sobre la enfermedad. Estos resultados contrastan con los encontrados en la investigación de Fernández-Esquer et al. (2004) en la cual las mujeres tienen más autoeficacia frente al uso del preservativo. Sin embargo, y como lo mencionan algunos autores, la percepción de autoeficacia no es suficiente para la prevención de la infección por el VIH porque no necesariamente da lugar al comportamiento de protección frente a las conductas de riesgo (Crosby et al., 2003). Los adolescentes colombianos consideran que es fácil conseguir preservativos, y a su vez, se creen capaces de pedirle a sus parejas que usen preservativos; sin embargo, y como lo muestran los resultados, es muy bajo el uso del preservativo. Esto se ve sustentado por otras investigaciones en las cuales se establece que los adolescentes se sienten capaces de usar el preservativo pero no lo usan (Villarruel et al., 2004), presentándose una contradicción entre lo que piensan y lo que hacen.

La segunda hipótesis que plantea la existencia de diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales como son el autoconcepto, el autocontrol, las habilidades sociales y la búsqueda de sensaciones en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa se cumple parcialmente.

En la investigación se encuentran diferencias significativas en el autoconcepto académico, social y emocional en los adolescentes colombianos en función de la región

geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa. Los adolescentes de la región Pacífica, los varones, los adolescentes entre 13 a 14 años, los de instituciones públicas y los de cursos académicos inferiores son los que presentan mayor autoconcepto académico; sin embargo, los adolescentes de la región Atlántica, las mujeres adolescentes, los de instituciones privadas y los adolescentes de décimo son los que tienen menor autoconcepto académico. Con relación al autoconcepto familiar se encuentran diferencias significativas en función de la región y el nivel de escolaridad, no se encuentran diferencias en función del sexo, la edad y el tipo de institución educativa. Los adolescentes de la región Pacífica son los que tienen mayor puntuación en el autoconcepto familiar comparado con los adolescentes de las otras regiones. De igual forma, los adolescentes de octavo son los que presentan mayor puntuación en éste factor. Con relación al autoconcepto emocional los adolescentes de la región Pacífica son los que tienen menor puntuación en comparación con las regiones Andina e Insular siendo un factor de riesgo para los adolescentes de la región Pacífica. Y en el autoconcepto total se encuentran diferencias significativas en función de la región geográfica, el sexo, la edad y el nivel de escolaridad, y no en función del tipo de institución educativa. Los adolescentes de la región Atlántica son los que tienen menor puntuación en el autoconcepto total, al igual que las mujeres adolescentes, los adolescentes entre 15 y 16 años, y los cursos de noveno y décimo. Con base en los planteamientos teóricos, el autoconcepto es un factor de protección frente a la infección por el VIH/SIDA (Salazar et al., 2004); y dado que se puede afirmar que un buen nivel en el autoconcepto contribuye a la emisión de conductas sexuales con protección (Albarracin et al., 2000) se puede establecer que en función de su autoconcepto, los adolescentes colombianos cuentan con un factor de protección frente a la infección por el VIH; sin embargo, otros adolescentes de otras regiones como la Atlántica, las mujeres, los adolescentes de menor edad y los de noveno y décimo curso que tienen menor nivel en el autoconcepto contribuye a incrementar el riesgo frente al VIH.

En la investigación se encuentran diferencias significativas en el autocontrol en alguna de sus factores. En la retroalimentación personal se encuentran diferencias significativas en función de la región geográfica, el sexo, la edad, la institución educativa y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Atlántica, las mujeres, los adolescentes de 15 a 16 años, los adolescentes de instituciones privadas y los adolescentes de undécimo son los que tienen mayor puntuación en la retroalimentación personal. La retroalimentación personal es la capacidad que tiene la persona para

autobersarse y tomar decisiones adecuadas (Capafóns y Moreno, 1995), por lo cual los adolescentes antes mencionados miden las consecuencias de sus actos. Lo que le ayudaría a pensar qué ocurriría si mantiene una relación sexual sin protección, convirtiéndose dicha capacidad en un factor de protección frente al VIH. De igual forma, en el retraso de la recompensa se encuentran diferencias significativas en función de la región geográfica, el sexo, la edad, la institución educativa y no en función del nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Atlántica, las mujeres, los adolescentes de 13 a 14 años y los adolescentes de instituciones públicas son los que tienen mayor puntuación en el retraso de la recompensa, lo cual sería un factor de protección frente a la infección por el VIH ya que esta capacidad para retrasar la recompensa estaría relacionada con la facilidad, para por ejemplo, posponer una relación sexual si no se dispone de preservativos en ese momento. Con relación al autocontrol criterial se encuentran diferencias significativas en función la región geográfica, el sexo, la edad y del nivel de escolaridad y no en función la institución educativa. Los adolescentes de la región Andina, los varones y los adolescentes de undécimo son los que presentan mayor manejo de situaciones difíciles por tener las mayores puntuaciones en el autocontrol criterial. En el autocontrol procesual se encuentran diferencias significativas en función la región geográfica, el sexo y el nivel de escolaridad y no en función de la edad y la institución educativa. Los adolescentes de la región Insular, las mujeres y los adolescentes de undécimo son los que presentan mayor puntuación en el autocontrol procesual, lo cual indica una evaluación de su conducta en función de las normas establecidas, convirtiéndose en un factor de protección frente a la infección por el VIH. Con base en los resultados y en los planteamientos teóricos se puede indicar que el autocontrol es un factor de protección frente a la infección por el VIH en los adolescentes colombianos, ya que a mayor autocontrol menor emisión de conductas de riesgo frente al VIH (Eifler, 2004; Trobst et al., 2002).

Al evaluar las habilidades sociales de los adolescentes colombianos se encuentran diferencias significativas en la autoexpresión en situaciones sociales en función de la región, la edad, la institución educativa y el nivel de escolaridad, y no en función del sexo. Los adolescentes de la región Atlántica, de instituciones privadas y los de undécimo tienen mayor habilidad para expresar sus pensamientos y sentimientos lo cual es un factor de protección frente a la infección por el VIH, teniendo en cuenta que pueden expresar lo que piensan y sienten frente a sus conductas sexuales y, en especial,

en su deseo de protegerse en su relación sexual; por el contrario los adolescentes de 13 a 14 años y de instituciones públicas tienen menos habilidad para expresarse por lo cual están en desventaja frente a los adolescentes de otras edades e instituciones privadas ya que no favorece las conductas de oposición frente al no uso del preservativo facilitándose la emisión de conductas de riesgo sexual. Según lo establecen algunos estudios la expresión de las ideas y sentimientos es fundamental en las interacciones que se establecen entre los adolescentes (Vanoss, 1999; Uribe Rodríguez, Bermúdez y Buela-Casal, 2005). De igual forma, se encuentran diferencias significativas en la defensa de los propios derechos como consumidor en función del sexo y la institución educativa; no se encuentran diferencias significativas en función de la región geográfica, la edad y el nivel de escolaridad. Los varones adolescentes tienen mayor asertividad que las mujeres, al igual que los adolescentes de las instituciones privadas en comparación con los adolescentes de las instituciones públicas, lo cual es un factor de protección frente a la infección por el VIH, teniendo en cuenta que expresan lo que piensan y sienten en el momento oportuno sin hacer sentir mal a la otra persona. Es decir, que estos adolescentes citados pueden solicitar el uso el preservativo sin temor a que la otra persona pueda rechazarlos o disgustarse para sentirse bien ellos por asumir conductas sexuales seguras. Este resultado está respaldado por investigaciones como la de Faur (2003) donde las mujeres tienen menor habilidad en la negociación del uso del preservativo. La asertividad es considerada fundamental en los procesos de negociación del uso del preservativo teniendo en cuenta que se busca es expresar lo que se piensa sin sentirse mal (Tapia, 1998). Con relación a la expresión de enfado o disconformidad se encuentran diferencias significativas en función del sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa, y no en función de la región geográfica. Las mujeres tienen mayor capacidad de expresar la disconformidad frente a diferentes situaciones en comparación con los varones; a su vez, los adolescentes entre 17 a 18 años y los adolescentes de instituciones privadas expresan sus pensamientos y sentimientos aunque no eviten conflictos. Las habilidades de oposición son fundamentales en los procesos de interacción y en la medida que se puedan expresar las ideas y pensamientos en oposición a las otras personas potencia la protección frente a la infección por el VIH (Martín Carrasco y Martín López, 1997). El hacer peticiones presenta diferencias significativas en función de la institución educativa y no las presenta en función de la región geográfica, el sexo, la edad y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de las instituciones privadas tienen mayor facilidad de pedir lo que

necesitan en comparación con los adolescentes de las instituciones públicas, lo cual es un factor de protección frente a la infección por el VIH, ya que se tiene mayor capacidad de exigir el uso de preservativos en las relaciones sexuales. Estos resultados se ven respaldados por estudios que establecen que en la medida que se tenga la habilidad de solicitar o pedir lo que se desea, mayor es la probabilidad de solicitar el uso del preservativo en las relaciones sexuales que se establezcan (Salazar et al., 2004). En el inicio de interacciones positivas con el sexo opuesto presenta diferencias significativas en función del sexo, y no en función de la región geográfica, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los varones adolescentes tienen mayor habilidad para iniciar interacciones que las mujeres lo cual facilita los procesos de socialización, y en alguna medida incrementa la posibilidad de compartir con diferentes personas. Esto podría considerarse un factor de riesgo en la medida en que a mayor interacción mayor número de parejas posible, sin embargo, se podría también considerar como un factor de protección frente al VIH teniendo en cuenta que desarrollan más habilidades de interacción y eso facilitaría la comunicación con el sexo opuesto y disminuiría la ansiedad. Los estudios establecen que los varones tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres posiblemente por la habilidad de interactuar con menor ansiedad (Tapia-Aguirre et al., 2004). Al tener en cuenta las habilidades sociales de forma global en los adolescentes colombianos se encuentran diferencias significativas en función del sexo, la edad, la institución educativa y el nivel de escolaridad, y no en función de la región geográfica. Con base en las puntuaciones totales de las habilidades sociales de los adolescentes colombianos se puede indicar que los adolescentes varones, de instituciones educativas privadas son los más hábiles socialmente, lo cual contribuye a las conductas de protección frente a la infección por el VIH en la medida en que permite expresar sus ideas y sentimientos; sin embargo, podría ser un factor de riesgo en la medida que establecen mayor número de relaciones y esto contribuiría al incremento de intercambios sexuales posiblemente sin protección. Por el contrario, las mujeres, los adolescentes entre 13 y 14 años, los de instituciones públicas tienen menos habilidades sociales convirtiéndose esto en un factor de riesgo frente a la infección por el VIH, al no tener la capacidad suficiente de expresar y exigir el uso de preservativos en las relaciones sexuales. Las habilidades sociales entendidas como la capacidad que tiene o adquiere la persona para interactuar con su medio de una forma efectiva es otra variable psicosocial fundamental para la prevención de la infección por

el VIH, principalmente por su influencia en las habilidades de negociación para el uso del preservativo en las relaciones sexuales (Faur, 2003; Vanoss, 1999).

Con respecto a la búsqueda de sensaciones en la investigación se encuentran diferencias significativas en algunos de sus factores. La búsqueda de emociones y aventuras presenta diferencias significativas en función de la región geográfica y la institución educativa, y no en función del sexo, la edad y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Orinoquía y de las instituciones educativas privadas buscan más emociones y aventuras en comparación con los otros adolescentes colombianos. Los adolescentes colombianos citados presentan mayor predisponencia frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que el deseo de asumir más emociones influye en los comportamientos de riesgo por el deseo de compartir con más personas sin tener las precauciones necesarias para protegerse. Con relación a la búsqueda de experiencias se encuentran diferencias significativas en función de las regiones geográficas, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la Orinoquía, las mujeres, los adolescentes de 17 a 18 años, los adolescentes de las instituciones privadas y los adolescentes de undécimo son los que más buscan experiencias entre los adolescentes colombianos, lo cual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que pueden iniciar comportamientos como el consumo de drogas y relaciones sexuales sin protección por el deseo de experimentar nuevas cosas, sin tener las condiciones necesarias para garantizar su salud sexual y reproductiva como es el uso del preservativo. En la desinhibición se encuentran diferencias significativas en función de las regiones geográficas y el sexo, y no en función de la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Por tanto, los adolescentes de la región Orinoquía y las mujeres son los menos desinhibidos en comparación con los otros adolescentes, lo cual es un factor de protección frente a la infección por el VIH/SIDA, al cohibirse un poco ante nuevas experiencias lo cual permite pensar si se asume o no la conducta a la cual estaría expuesta. En los estudios realizados se han encontrado diferencias significativas en la búsqueda de sensaciones en función del sexo, siendo mayor en los varones por lo que se sitúan en mayor riesgo frente al VIH (Chico Librán, 2000). De igual forma, la susceptibilidad al aburrimiento presenta diferencias significativas en función de las regiones geográficas y el sexo, y no presenta diferencias en función de la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Insular, y los varones son los que tienen mayor susceptibilidad al aburrimiento en comparación con los otros adolescentes

colombianos. Por el contrario, los adolescentes de la región Atlántica y concretamente, las mujeres son los que tienen menor susceptibilidad al aburrimiento lo que se convierte en un factor de protección frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que realizan diferentes actividades que los distraen y ocupan. En la búsqueda de sensaciones totales en los adolescentes colombianos se encuentran diferencias significativas en función de las regiones geográficas, el sexo y el tipo de institución educativa, no en función de la edad y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la Orinoquía son los que buscan más sensaciones al contrario de los adolescentes de la región Atlántica que son los de menor puntuación en comparación con el resto de los adolescentes colombianos. De igual forma, los varones adolescentes y los adolescentes de las instituciones privadas buscan más sensaciones en comparación con los otros adolescentes. Con base en los resultados obtenidos en otras investigaciones se puede establecer que la búsqueda de sensaciones es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH ya que el buscar nuevas experiencias puede facilitar la infección al no tener las conductas de autocuidado necesarias para protegerse sexualmente y a su vez aproximarse al consumo de sustancias psicoactivas (Zuckerman, 1994 citado por Liebert y Spiegler, 2000).

Por lo que respecta a la tercera hipótesis que establecía que se encontrarían diferencias significativas en las variables psicopatológicas como son la conducta antisocial y delictiva y los rasgos psicopatológicos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa se cumple parcialmente. Así en la investigación se encuentran diferencias significativas en la conducta antisocial en los adolescentes colombianos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa. Los adolescentes de la región Andina, los varones adolescentes y los adolescentes de las instituciones educativas privadas son los que presentan más conductas antisociales en comparación con el resto de adolescentes de Colombia, lo cual influye sobre la asimilación de las campañas de prevención y del uso de preservativos como conductas de protección frente a la infección por el VIH por el hecho de no seguir las orientaciones y los parámetros sociales. Teniendo en cuenta los estudios realizados que indican que la emisión de conductas antisociales es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH al estar relacionado con la violación de la norma (Ladd y Petra, 2003; UNAIDS, 2002) se puede afirmar que los citados adolescentes se encuentran en riesgo para el VIH por la exposición a dicha variable. De igual forma, se encuentran

diferencias significativas en la conducta delictiva en los adolescentes colombianos en función de la región geográfica y el sexo, y no se encuentran en función de la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Pacífica, los varones adolescentes son los que presentan más conductas delictivas en comparación con los otros adolescentes de Colombia, lo cual facilita la infección por el VIH teniendo en cuenta que el no uso del preservativo es una conducta que violenta la norma; de igual forma, en adolescentes que puedan estar infectados por el VIH puede generarse conductas de infección a otras personas al no evaluar las consecuencias de sus conductas. Con base en los estudios realizados se ha encontrado que los adolescentes que tienen conductas delictivas tienen mayor riesgo frente a la infección por el VIH por no contar con los conocimientos y los recursos necesarios para asumir conductas seguras (Alves Peres et al., 2002).

Se encuentran diferencias significativas en los rasgos psicopatológicos en función de la región geográfica, el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo de institución educativa. Con relación a la somatización se encuentran diferencias significativas en función del sexo, y no en función de la región geográfica, la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Las mujeres adolescentes tienen mayor puntuación en el rasgo somatización en comparación con los varones adolescentes. En el rasgo obsesión compulsión se encuentran diferencias significativas en función de la edad y el nivel de escolaridad, y no en función de la región geográfica, el sexo y el tipo de institución educativa. Con base en los estudios realizados se establece que el sexo influye sobre las variables psicopatológicas, y a su vez, esto se convierte en un factor de riesgo frente al VIH (Poder y Hermann, 2003). Los adolescentes entre 13 a 14 años y los que están en octavo curso escolar presentan menos rasgo obsesivo compulsivo que los otros adolescentes colombianos. En esta investigación se puede establecer que los rasgos psicopatológicos influyen en las conductas de autocuidado principalmente por estar influenciados por una problemática psicológica que puede afectar el razonamiento ante situaciones de riesgo. El rasgo sensibilidad interpersonal presenta diferencias significativas en función del sexo y el nivel de escolaridad, y no en función de la región geográfica, la edad y el tipo de institución educativa. Las mujeres adolescentes presentan mayor rasgo sensibilidad interpersonal en comparación con los otros adolescentes, lo cual las coloca en mayor riesgo frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que son más tímidas y susceptibles a los comentarios de las otras personas; por el contrario los adolescentes de



13 a 14 años son los que presentan menor rasgo sensibilidad interpersonal en comparación con el resto de los adolescentes. Con relación al rasgo depresión se encuentran diferencias significativas en función del sexo, la edad y el nivel de escolaridad, y no en función de la región geográfica y el tipo de institución educativa. Las mujeres adolescentes presentan mayor rasgo depresión en comparación con los varones adolescentes, por tanto, las mujeres son más vulnerables a las presiones de las otras personas y a asumir conductas de protección ante la desesperanza ante la vida; por el contrario los adolescentes de 13 a 14 años y los de octavo curso escolar son los que presentan menor rasgo depresivo en comparación con el resto de adolescentes. El rasgo ansiedad presenta diferencias significativas en función de la región geográfica y del sexo, y no en función de la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Insular y los varones adolescentes son los que menos puntuación tiene en el rasgo ansiedad, contando estos adolescentes con un factor de protección teniendo en cuenta que el control emocional es fundamental para asumir y exigir conductas de sexo seguro. Como lo establecen diferentes investigaciones la depresión y el estrés favorecen la infección por el VIH/SIDA, lo cual indica un riesgo en los citados adolescentes colombianos (Klein, 2004). De igual forma, se encuentran diferencias significativas en el rasgo hostilidad en función de la región geográfica, el sexo y el tipo de institución educativa, y no en función de la edad y el nivel de escolaridad. Los adolescentes de la región Atlántica tienen menor rasgo de hostilidad en comparación con los adolescentes de las regiones Pacífica y Andina; de igual forma, los varones adolescentes y los adolescentes de instituciones privadas presentan mayor rasgo hostilidad en comparación con las mujeres adolescentes. Como lo establecen Trobst et al. (2002) la impulsividad y algunas alteraciones emocionales son un factor de riesgo frente al VIH, al no tener control emocional y comportarse sin pensar previamente las cosas obstaculizando el uso del preservativo al estar alterado emocionalmente, y no saber como reaccionar adecuadamente frente a situaciones de riesgo por la falta de habilidades en la solución de problemas. Con relación al rasgo ansiedad fóbica se encuentran diferencias significativas en función del sexo, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad, y no en función de la región geográfica y la edad. La ansiedad fóbica es menor en adolescentes varones, de instituciones educativas privadas y mayor nivel de escolaridad. Al tener el rasgo ansiedad fóbica en mayor nivel se podría establecer que los adolescentes con esta característica estarían en menor riesgo frente a la infección por el VIH en la medida que su tendencia de conducta

es hacia la huida, miedo y rechazo social. En el rasgo ideación paranoide se encuentran diferencias significativas en función de la edad y el nivel de escolaridad, y no se encuentran diferencias en función de la región geográfica, el sexo y el tipo de institución educativa. Los adolescentes de 13 a 14 años y en octavo curso escolar son los que tienen menos rasgo de ideación paranoide en comparación con los otros adolescentes, lo cual los coloca en menor riesgo frente a la infección por el VIH ya que tienen temor por perder el control y esto hace que necesiten controlar y ser autónomos en sus conductas. Por último, se encuentran diferencias significativas en el rasgo psicoticismo en función de la edad y el tipo de institución educativa, y no en función de la región geográfica, el sexo y el nivel de escolaridad. El rasgo psicoticismo se presenta con mayor puntuación en los adolescentes de 17 a 18 años y de octavo curso en comparación con los otros adolescentes. Con base en las diferencias encontradas se puede confirmar que los adolescentes que presentan mayor puntuación en los rasgos psicopatológicos están en mayor riesgo frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que afecta sus conductas de protección frente al virus (Klein, 2004; Walter y Gorsuch, 2002).

Aunque no se tenga como una hipótesis específica, la conducta sexual de los adolescentes colombianos es fundamental para la comprender y sustentar mejor las hipótesis establecidas en la investigación. Con base en las revisiones teóricas realizadas los principales comportamientos de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes son el inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad, el no uso del preservativo, el número de parejas sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas (Babikian et al., 2004; Míguez-Burbano et al., 2001). Entre los principales comportamientos de riesgo de los adolescentes colombianos se encuentran las relaciones sexuales cada vez a más temprana edad y el poco uso del preservativo. Al iniciarse las relaciones sexuales a más temprana edad en los adolescentes colombianos se confirman los planteamientos de algunos estudios en los cuales se establece que los adolescentes están iniciando su vida sexual más temprano sin la información adecuada sobre los riesgos de una vida sexual activa sin protección y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Lederman y Mian, 2003). De igual forma, se encuentran diferencias significativas en el inicio de las relaciones sexuales siendo antes en los varones comparado con las mujeres, resultados apoyados por otras investigaciones (Crosby et al., 2003). Teniendo en cuenta que el 30% de los adolescentes que han participado en la investigación ha tenido relaciones sexuales, se pueden identificar

diferentes conductas sexuales en los adolescentes como son las relaciones sexuales vaginales, orales y anales, en las cuales el uso del preservativo es menor en las relaciones sexuales anales. Esto es un factor de riesgo importante ya que según el nivel de riesgo frente al VIH se establece que las relaciones sexuales anales sin el uso del preservativo son las conductas de mayor riesgo no solo por el intercambio de fluidos sino también por los rompimientos de las terminaciones venosas del ano, lo cual facilita la transmisión del virus (Glasel, 1990). De igual forma, los adolescentes no consideran que para las relaciones sexuales orales se daba usar el preservativo y que la principal razón por la cual no usan el preservativo sea porque las relaciones sexuales las mantienen con su pareja estable en la cual confían. Estos planteamientos corresponden a los hallazgos realizados en otras investigaciones donde la concepción de pareja estable disminuye la probabilidad el uso del preservativo (Merchan-Hamann et al., 2002; Norman y Carr, 2003). Los adolescentes colombianos usan poco el preservativo, el 40% de los adolescentes que ha usado el preservativo lo ha usado en la primera relación sexual y en las relaciones de los últimos 12 meses, siendo mayor el uso en las mujeres adolescentes comparado con los varones adolescentes. Como lo plantean otras investigaciones las mujeres reportan menor autoeficacia en el uso del preservativo comparado con los varones (Villaseñor-Sierra et al., 2003) dato que coinciden con los hallazgos de la investigación. Por tanto, las mujeres adolescentes se encuentran en mayor riesgo frente a la infección por el VIH por su baja autoeficacia en el uso del preservativo, aunque las protege el hecho de iniciar las relaciones sexuales a mayor edad. De igual forma, los varones adolescentes están en mayor riesgo frente a la infección por el VIH por usar menos el preservativo y por iniciar sus relaciones sexuales a más temprana edad. Otra de las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH son el número de parejas sexuales, los adolescentes colombianos reportan una media de relaciones sexuales con diferentes parejas de 3,25. Como lo indican diferentes investigaciones, el número de parejas que tengan los adolescentes incrementa la probabilidad de infección por el VIH siendo este número bastante alto (Mitchell y Kaufman, 2002).

Otro de los comportamientos de riesgo es el consumo de sustancias psicoactivas, conducta que es poco emitida por los adolescentes colombianos teniendo en cuenta que han consumido alcohol o drogas en las relaciones sexuales aproximadamente el 24,3% de la población adolescente que ha tenido relaciones sexuales. De igual forma, es importante resaltar que las principales drogas que se consumen los adolescentes

colombianos son el alcohol y la marihuana lo cual disminuye la emisión de conductas de protección frente al VIH; sin embargo, el consumo de drogas inyectables es poco usada en la población colombiana, convirtiéndose en un factor de protección frente al VIH al disminuir la probabilidad de infección por transmisión parenteral. Como se menciona en la literatura científica, el consumo de sustancias psicoactivas influye sobre las conductas de protección frente al VIH al disminuir el control sobre el uso del preservativo (Espada Sánchez et al., 2000; Stueve y O'Donnell, 2005). Las características del consumo de drogas en la población adolescente colombiana es una oportunidad para controlar la transmisión de VIH por vía parenteral y para sensibilizar a la población sobre la relación entre el VIH/SIDA y el consumo de drogas teniendo en cuenta que el consumo no es tan alto.

La creación de los niveles de riesgo en cada una de las conductas sexuales (vaginal, anal y oral) permite identificar los comportamientos mayor riesgo que están asumiendo los adolescentes colombianos con relación a su sexualidad. Los adolescentes usan más el preservativo en las relaciones sexuales vaginales, es decir, que la frecuencia en el uso del preservativo en las relaciones vaginales no es tan bajo comparado con la conducta sexual oral y anal. Con base en la clasificación del riesgo frente a la infección por el VIH, se establece que las conductas de mayor riesgo son la penetración vaginal, anal y oral sin el uso del preservativo (Glasel, 1990), lo cual indica que los adolescentes colombianos que han tenido relaciones sexuales emiten conductas de alto riesgo, es decir, que no han usado el preservativo en ninguna de sus relaciones sexuales en su mayoría.

La cuarta hipótesis, la cual planteaba la existencia de diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales y las variables psicopatológicas en función de las relaciones sexuales vaginales, se cumple parcialmente. Se identifica que las variables cognitivo conductuales y psicopatológicas incluidas en la investigación se relacionan con las conductas de riesgo sexual de los adolescentes colombianos. Con base en los resultados encontrados, la conducta sexual en la cual se observa mayor diferencia con las variables cognitivo conductuales y psicopatológicas son las relaciones sexuales vaginales, ya que se encuentran diferencias significativas en función de los grupos de riesgo en las variables cognitivo conductuales como son la defensa de los propios derechos, el hacer peticiones, la desinhibición y la búsqueda de sensaciones; y con relación a las variables psicopatológicas se encuentran diferencias significativas en la conducta delictiva. Con base en otras investigaciones se establece que el déficit en

habilidades sociales es un factor de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA; teniendo en cuenta que las personas que no defienden sus derechos tienden a no exigir el uso del preservativo en las relaciones sexuales, encontrándose que los adolescentes de alto riesgo sexual son los que presentan la puntuación más baja en la defensa de los propios derechos, al igual que en la capacidad para hacer peticiones (Vanoss, 1999; Zamberlin, 2003). De igual forma, los adolescentes que presentan las puntuaciones más altas en la desinhibición y en la búsqueda de sensaciones son los que más conductas de riesgo asumen, ya que se exponen a diferentes tipos de sensaciones sin evaluar las implicaciones de las mismas. Diferentes estudios donde han comparado estas variables en población adolescente encarcelados y no encarcelados han encontrado que los adolescentes encarcelados asumen más conductas de riesgo por la búsqueda permanente de sensaciones, lo cual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA (Ladd y Petry, 2003).

Con respecto a la quinta hipótesis que planteaba que se encontrarían diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales y en las variables psicopatológicas en función de las relaciones sexuales vaginales, se cumple parcialmente. En la conducta sexual anal se encuentran diferencias significativas en la autoeficacia, el autoconcepto familiar y la búsqueda de experiencias. En la autoeficacia se encuentra que los adolescentes de más alto riesgo se perciben más autoeficaces en el uso del preservativo que los de bajo riesgo, tienen menor autoconcepto en el contexto familiar que los de bajo riesgo y mayor puntuación en la búsqueda de experiencias que los de medio riesgo. Según las diferentes investigaciones, la autoeficacia y el autoconcepto influyen en la emisión de conductas de riesgo ya que en la medida que se tenga un mayor autoconcepto se va a considerar con mayor capacidad de asumir conductas de protección frente al VIH (Dilorio et al., 2002; Salazar et al., 2004). Es importante mencionar que los adolescentes colombianos usan menos el preservativo en las conductas sexuales anales a pesar de que consideran que se sienten capaces de exigir el uso del mismo. La intervención cognitivo conductual es fundamental para generar coherencia entre las ideas o pensamientos y las acciones de los adolescentes, ya que a pesar de tener clara muchas ideas, de igual forma continúan manteniendo relaciones sexuales anales sin el uso del preservativo. A su vez, las redes de apoyo o soporte familiar son fundamentales en los procesos de desarrollo de habilidades de autocuidado por lo cual la inclusión de los padres o las parejas sexuales en los programas de

prevención de la infección por el VIH/SIDA sería una estrategia para el incremento en el uso del preservativo.

En la sexta hipótesis se establecía la existencia de diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales y las variables psicopatológicas en función de las relaciones sexuales orales, se cumple parcialmente. Se encontraron diferencias significativas en el psicoticismo en función de las relaciones sexuales orales. Los adolescentes de alto riesgo presentan mayor puntuación en el psicoticismo que los adolescentes de medio riesgo. Se establece que las personas que presentan rasgos o trastornos psicopatológicos están en mayor riesgo frente a la infección por el VIH como se presenta en el rasgo psicoticismo, ya que no tienen la suficiente autonomía frente a las conductas de protección teniendo en cuenta que se sienten alienados y deben asumir comportamientos que los vinculen socialmente (Paniagua et al., 1997a). De igual forma, el trastorno psicológico como tal, afecta en la toma de decisiones y en las conductas de autocuidado como es el uso del preservativo.

La séptima hipótesis en la cual se establece que las variables cognitivo conductuales y las variables psicopatológicas se relacionan con el nivel de riesgo sexual (vaginal, anal y oral), se cumple parcialmente. Con base en los resultados encontrados las variables cognitivo conductuales como el conocimiento correcto, la defensa de los propios derechos, el hacer peticiones y las habilidades sociales totales de los adolescentes se relacionan directamente con la conducta sexual vaginal; es decir, a mayor puntuación en cada una de las variables, mayor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales vaginales de los adolescentes. Estos resultados están respaldados por estudios en los cuales se establece que variables como las habilidades sociales son un factor de protección frente a la infección por el VIH al poder exigir el uso del preservativo en sus relaciones sexuales (UNICEF, 2002), al igual que favorecen el uso del preservativo (Zamberlin, 2003). Por el contrario, la actitud neutra, la conducta delictiva, la desinhibición, la búsqueda de sensaciones totales y el psicoticismo de los adolescentes se relacionan inversamente con la conducta sexual vaginal, es decir, que a mayor puntuación en las variables mencionadas menor es el uso del preservativo en las conductas sexuales vaginales de los adolescentes. Estos resultados están respaldados por estudios en los cuales se establece que variables como el poco conocimiento sobre el VIH/SIDA, la alta búsqueda de sensaciones y la conducta delictiva son factores de riesgo frente al VIH, ya que el uso del preservativo es menor (Crowford et al., 2003; Lye Chng y Géliga-Vargas, 2000).

Con relación a la conducta sexual anal se puede establecer que a mayor búsqueda de sensaciones menor es el uso del preservativo en los adolescentes. Este planteamiento está respaldado por estudios en los cuales se establece que los adolescentes prefieren tener relaciones sexuales sin preservativo porque así puede disfrutarse más la relación sexual (Murphy y Bogges, 1998). Este tipo de conductas se fundamenta en las ideas que tienen los adolescentes sobre la poca sensibilidad que se puede experimentar al usar el preservativo. Por tanto, las intervenciones preventivas frente a la infección por el VIH debe incluir talleres de sensibilización frente al uso del preservativo, con el fin de reestructurar las diferentes ideas erróneas que se tengan sobre el mismo, al igual que fomentar las estrategias de autocuidado frente a la infección no solo centrado en el uso del preservativo sino también en el tipo de relaciones de parejas que se están estableciendo y los riesgos que se asumen.

La conducta sexual oral se relaciona inversamente con la desinhibición, ya que a mayor desinhibición menor es el uso del preservativo en las relaciones sexuales orales en los adolescentes, lo cual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que desean expresarse más y no tener barreras que afecten esa expresión y sensación como es el uso del preservativo, siendo esta idea frecuente en los adolescentes. Los estudios establecen que los adolescentes usan menos el preservativo en las relaciones sexuales orales ya que no identifican que exista riesgo frente a la infección por el VIH en esta conducta sexual (Cohall et al., 2001). Este planteamiento se corrobora con los resultados de esta investigación.

La octava hipótesis se establece que las variables cognitivo conductuales y las variables psicopatológicas predicen el uso del preservativo como conducta preventiva para la infección por el VIH se cumple parcialmente. Con base en los resultados se puede establecer que los adolescentes que presentan mayor puntuación en las conductas delictivas usan menos el preservativo en las relaciones sexuales vaginales. Este resultado está sustentado en investigaciones que establecen que los adolescentes que se perciben en mayor riesgo como los que han cometido delitos o están encarcelados usan menos el preservativo (Dévieux et al., 2002). De igual forma, los adolescentes que tienen mayor habilidad para hacer peticiones tienen menor riesgo frente a la infección por el VIH ya que pueden solicitar más fácilmente el uso del preservativo en sus relaciones sexuales vaginales. Con relación a la conducta sexual anal se encuentra que las personas que tienen mayor puntuación en la búsqueda de sensaciones usan menos el preservativo, ya que desean vivir plenamente esta nueva conducta sexual, lo cual afecta

el uso del preservativo al considerar que éste disminuye el placer en la relación sexual. Y, por último, los adolescentes que tienen mayor autoexpresión y desinhibición tienen mayor riesgo frente a las conductas sexuales anales sin protección, ya que pueden influir en sus parejas para que no usen el preservativo y, así se incrementaría la sensación de placer. Por tanto, y con base en los resultados, el conocer la caracterización de las variables psicosociales permite identificar conductas de riesgo que pueden asumir los adolescentes en sus relaciones sexuales y realizar intervenciones integrales que no solo incluyan variables de conocimiento o actitudes sino también factores psicológicos que median los comportamientos de autocuidado.

En la novena hipótesis se planteaba que existen diferencias significativas en las variables cognitivo conductuales (conocimientos correctos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH) en función del nivel de los rasgos psicopatológicos, se cumple parcialmente. Una de las variables que ha generado interés en las investigaciones es la influencia de los rasgos psicopatológicos sobre los conocimientos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH. En la investigación se encuentran diferencias significativas en la susceptibilidad en función del nivel del rasgo somatización, siendo los adolescentes de mayor nivel del rasgo somatización los que tienen mayor conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA. Con relación al rasgo obsesivo compulsivo se encuentran diferencias significativas en la actitud neutra y en la susceptibilidad, siendo mayor puntuación en ambas en los adolescentes de mayor rasgo obsesivo compulsivo en los adolescentes. Este resultado es coherente con las características de las personas con rasgos obsesivo compulsivos que se centran mucho en la limpieza y en el autocuidado, sintiéndose más susceptibles frente a la infección por el VIH, convirtiéndose en un rasgo que protege ya que posiblemente influya sobre el uso del preservativo. De igual forma, se encontraron diferencias significativas en el conocimiento correcto, las ideas erróneas, y la autoeficacia frente a la infección por el VIH en función del nivel del rasgo sensibilidad interpersonal, siendo mayor la puntuación en los adolescentes con menor nivel del rasgo sensibilidad interpersonal. Por otro lado, se encuentran diferencias significativas en la actitud neutra en función del rasgo depresión en los adolescentes, siendo mayor la actitud neutra en los adolescentes que tienen mayor nivel en el rasgo en la depresión. Como se ha mencionado en diferentes investigaciones, se indican diferencias significativas en los conocimientos, las actitudes, la autoeficacia en función de los rasgos psicopatológicos, lo cual influye sobre el nivel de riesgo frente a la



infección por el VIH (Katz et al., 1995). Con relación a la ansiedad se encuentran diferencias significativas en el conocimiento correcto, siendo mayor el conocimiento en los adolescentes con menor nivel de ansiedad. Con base en los resultados es importante anotar que el control emocional permite la asimilación de conocimientos de una forma más precisa y adecuada lo cual se convierte en un factor de protección para los adolescentes colombianos con dichas características. De igual forma, se encontraron diferencias significativas en la actitud neutra en función de la hostilidad, siendo mayor la actitud neutra en los adolescentes de mayor nivel del rasgo hostilidad. Con relación a la ansiedad fóbica se encontraron diferencias significativas en el conocimiento correcto, las ideas erróneas, la actitud positiva, la susceptibilidad y la autoeficacia. Los adolescentes que presentaban menor nivel en el rasgo ansiedad fóbica tenían mayor conocimiento correcto, menos ideas erróneas, mayor actitud positiva, mayor susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por el VIH. Diferentes estudios han identificado que en la medida que se logre mayor conocimiento esto influirá en las conductas sexuales seguras que se emitan. Sin embargo, es importante profundizar sobre la relación causal entre los trastornos psicopatológicos y los factores psicosociales como el conocimiento, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH en la población colombiana, con el fin de diseñar programas de prevención acorde a las características de la población con trastornos psicopatológicos. Con relación a la ideación paranoide se encuentran diferencias significativas en la susceptibilidad, siendo mayor la susceptibilidad frente a la infección por el VIH en los adolescentes que tienen mayor nivel en el rasgo ideación paranoide. Se encuentran diferencias significativas en los conocimientos correctos y en la actitud neutra en función del nivel de psicoticismo, siendo mayor el nivel de conocimiento en los adolescentes de menor nivel en el rasgo psicoticismo. Por el contrario, los adolescentes de mayor nivel del rasgo psicoticismo presentan menor puntuación en las actitudes neutras.

Con relación a la conducta antisocial se encuentran diferencias significativas en las ideas erróneas, la actitud negativa, la actitud neutra y la susceptibilidad, encontrándose que los adolescentes que tienen mayor nivel en la conducta antisocial tienen menos ideas erróneas, menor actitud negativa, mayor actitud neutra y mayor susceptibilidad frente a la infección por el VIH en comparación con los otros niveles de la conducta antisocial. Con relación a las conductas delictivas se encuentran diferencias significativas en los conocimientos correctos, en la actitud negativa y neutra, siendo los adolescentes con mayor conducta delictiva los que tienen menos conocimientos

correctos, mayor actitud negativa y neutra frente a la infección por el VIH. Los estudios establecen que los adolescentes que han cometido delitos tienen mayor nivel de conocimientos (Dévieux et al., 2002). De igual forma, se ha encontrado una relación entre las conductas antisocial y delictivas, y el riesgo frente a la infección por el VIH siendo mayor en los adolescentes que han presentado conductas delictivas (Bermúdez, Uribe Rodríguez y Buela-Casal, 2005). Por tanto, los rasgos psicopatológicos influyen principalmente en la percepción de susceptibilidad de los adolescentes frente a la infección por el VIH como, por ejemplo, en el rasgo de somatización, ideación paranoide y ansiedad fóbica. De igual forma, se encuentra una influencia en el nivel de conocimientos correctos e ideas erróneas, lo cual confirma los planteamientos de diferentes autores que indican que el trastorno psicopatológico hace más vulnerable a los adolescentes frente a la infección por el VIH teniendo en cuenta que el déficit en algunos factores de protección como por ejemplo, el nivel de conocimientos, la autoeficacia frente al uso del preservativo entre otras (Bermudez et al., 2000c). Por tanto, los programas con personas que presentan trastornos psicopatológicos es una línea de acción con el fin de contribuir a la disminución del riesgo frente a la infección por el VIH.

Los resultados obtenidos en la investigación presentada generan aportaciones en el área de los factores psicosociales en los factores de riesgo frente al VIH frente a la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes. La primera aportación importante radica en la evaluación multidimensional que se realiza en la población adolescente colombiana la cual aporta un aspecto básico para el diseño e implementación de programas de prevención frente al VIH/SIDA. En general, en Colombia se han realizado investigaciones sobre algunos de los factores de riesgo en los adolescentes colombianos, pero no se han evaluado simultáneamente varios factores ni se han relacionado con las conductas sexuales de riesgo.

Los resultados encontrados en la investigación confirman la mayoría de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Encontrándose no-solo diferencias significativas entre las diferentes variables cognitivo conductuales sino que también se encuentran correlaciones entre las escalas de un mismo instrumento y entre las escalas de los instrumentos, confirmando la relación entre las variables. De igual forma, otro de los aportes significativos de la investigación es la adaptación del lenguaje en las escalas utilizadas en la población adolescente colombiana, ya que no se contaba con instrumentos que se relacionaran con las variables psicosociales de riesgo frente a la

infección por el VIH/SIDA. Esto facilitará la continuidad de las investigaciones en esta línea.

De igual forma, los resultados permiten establecer una línea de base actualizada sobre los comportamientos de riesgo de los adolescentes colombianos frente a la infección por el VIH/SIDA, ya que no se contaba con una población que incluyera las diferentes regiones de Colombia, estratificando la población y tratando de homogenizarla al máximo; teniendo en cuenta la metodología para la selección de la muestra, el número de la muestra y el tipo de análisis de resultados utilizado, que permiten garantizar la validez interna y externa de los resultados (Ramos, Catena y Trujillo, 2004).

Con base en los resultados, la generación de grupos de riesgo en función de la frecuencia del uso del preservativo en cada una de las conductas sexuales, permite realizar una primera aproximación a las variables que pueden influir principalmente en cada una de las conductas sexuales y de forma diferenciada. Es interesante encontrar que tanto las habilidades sociales, como la búsqueda de sensaciones y algunas variables psicopatológicas (conducta delictiva y psicoticismo) influyan en las conductas sexuales de los adolescentes.

Algunas de las limitaciones del trabajo se relacionan con la exclusión los adolescentes de la región amazónica por cuestiones de seguridad debido a alteraciones en el orden público de la región. Aunque se incluyó para la selección de la muestra no fue posible acceder a la zona, lo cual no permite incluir las características de esta población.

Entre las sugerencias para llevar a cabo futuras investigaciones en esta línea teórica y metodológica, sería importante solicitar el apoyo de entidades gubernamentales que permitan acceder a una población mayor por las limitaciones presupuestales y, a su vez, realizar un proceso continuo con los adolescentes con el fin de diseñar y evaluar programas educativos y preventivos frente a la infección por el VIH/SIDA. Con relación a los instrumentos sería interesante generar una batería de instrumentos relacionados con la infección por el VIH que integre las diferentes variables psicosociales relacionadas la infección por el VIH que permitan evaluar con los mismos instrumentos y se controlarían los cambios a partir de los programas de intervención para prevenir la infección por el VIH. Aunque existen varios instrumentos que miden algunas de esas variables no están validados y adaptados a la población colombiana, lo cual permitiría continuar con los procesos de validación de instrumentos.

A partir de los resultados sobre la relación entre las conductas sexuales de riesgo y los rasgos psicopatológicos, a igual que lo habrían establecido otras investigaciones se podrían diseñar estudios comparativos entre población adolescente con trastornos psicológicos y sin trastornos psicológicos en función de las variables psicosociales de riesgo frente al VIH en población colombiana.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se puede plantear las siguientes conclusiones:

1. Las principales conductas de riesgo frente a la infección por el VIH de los adolescentes colombianos se relacionan con el inicio de sus relaciones sexuales a muy temprana edad y con el uso poco frecuente del preservativo.
2. Existen diferencias en los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH teniendo en cuenta las regiones geográficas. Las regiones que presentan diferencias significativas principalmente son la región Insular y la región Orinoquía por las características socioculturales y por el acceso a los programas de educación sexual que contribuyen a los factores de protección frente al VIH. Por el contrario, otras regiones de Colombia como la Atlántica tiene mayor predisposición hacia el VIH teniendo en cuenta su déficit en las variables mencionadas.
3. Las mujeres adolescentes tienen menos ideas erróneas sobre la infección por el VIH/SIDA, una actitud más favorable frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, menor actitud neutra y menor autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA en comparación con los varones adolescentes.
4. Los adolescentes entre 13 a 14 años son los que presentan menos conocimientos correctos, menor actitud positiva, menor susceptibilidad y menor autoeficacia frente a la infección por el VIH en comparación con el resto de grupos de adolescentes.
5. Aunque los adolescentes tengan un buen nivel de conocimiento correcto y pocas ideas erróneas frente a la infección por el VIH/SIDA, es fundamental continuar con los programas informativos y educativos según cada una de las regiones geográficas y sus correspondientes variables sociodemográficas (sexo, edad, etc.).
6. La región geográfica influye sobre los conocimientos correctos, las actitudes (negativa y neutra), la susceptibilidad y la autoeficacia, el autocontrol (retroalimentación personal, retraso de la recompensa, autocontrol criterial, autocontrol procesual), el autoconcepto (académico, social, emocional y

familiar), las habilidades sociales (autoexpresión en situaciones sociales), la búsqueda de sensaciones (búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones totales), los rasgos psicopatológicos (ansiedad y hostilidad) y las conductas antisocial y delictiva. Aunque se presentan diferencias significativas entre las diferentes regiones, no se puede concluir que entre todas hay diferencias, sin embargo, regiones como el Atlántico y el Pacífico se consideran deben ser tenidas más en cuenta por los factores psicosociales de riesgo que fueron identificados en esta investigación.

7. El sexo influye sobre las ideas erróneas, las actitudes (positiva, negativa y neutra) y la autoeficacia, el autocontrol (retroalimentación personal, retraso de la recompensa, autocontrol criterial, autocontrol procesual), el autoconcepto (académico, social y emocional), las habilidades sociales (defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y habilidades sociales totales), la búsqueda de sensaciones (búsqueda de experiencias, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de sensaciones totales), los rasgos psicopatológicos (somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y ansiedad fóbica) y las conductas antisocial y delictiva. Es importante anotar que el sexo es una de las variables que más ha influido en las variables cognitivo conductuales y psicopatológicas, por lo cual el diseño de programas de prevención deben incluir la diferenciación en función del sexo, haciéndose énfasis en la mujer adolescente por sus diferentes áreas de vulnerabilidad.
8. La edad influye sobre los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positiva y negativa), el autocontrol (retroalimentación personal, retraso de la recompensa y autocontrol criterial), el autoconcepto (académico, social y emocional), las habilidades sociales (autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad y habilidades sociales totales), la búsqueda de sensaciones (búsqueda de experiencias), los rasgos psicopatológicos (obsesión compulsión, depresión, ideación paranoide y psicoticismo) y las conductas antisocial. El establecer los grupos por edades facilita la intervención en los diferentes centros educativos ya que se puede establecer que existen características similares entre los adolescentes de 13 y

14 años, los de 15 y 16 años y los de 17 y 18 años. De igual forma, se deben tener en cuenta las diferencias entre las edades establecidas para enfatizar en ciertos factores de riesgo que priorizan más en unos que en otros. Tal es el caso que a mayor edad se van adquiriendo mayor conocimientos correctos lo cual podría potencializarse desde más jóvenes con el fin de desarrollar un factor de protección frente al VIH. De igual forma, con programas de habilidades para la vida se pueden desarrollar habilidades de interacción, asertividad y autoeficacia ante situaciones que impliquen riesgo para la persona y su salud.

9. El tipo de institución educativa influye sobre los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positiva), la susceptibilidad, el autocontrol (retroalimentación personal, retraso de la recompensa), el autoconcepto (académico, social y emocional), las habilidades sociales (autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, hacer peticiones y habilidades sociales totales), la búsqueda de sensaciones (búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias y búsqueda de sensaciones totales), los rasgos psicopatológicos (hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo) y las conductas antisocial. Así, los adolescentes que pertenecen a instituciones educativas públicas tienen menor conocimiento correcto y menor susceptibilidad frente a la infección por el VIH, ante lo cual se deben aunar los esfuerzos para intervenir sobre esta población. De igual forma, realizar una evaluación en profundidad relacionada con los rasgos psicopatológicos y las conductas antisociales con el fin de disminuir el riesgo frente al VIH.
10. El nivel de escolaridad influye sobre los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes (positiva y negativa), la susceptibilidad, el autocontrol (retroalimentación personal, autocontrol criterial, autocontrol procesual), el autoconcepto (académico, social, emocional y familiar), las habilidades sociales (autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad y habilidades sociales totales), la búsqueda de sensaciones (búsqueda de experiencias), los rasgos psicopatológicos (obsesión compulsión sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica y ideación paranoide) y las conductas antisocial. El nivel de escolaridad está en relación con la edad, sin embargo, es importante considerar a los adolescentes que han sido

- suspendidos en algunos cursos lo cual los coloca en desventaja frente a los otros y deberían participar en actividades acordes a su edad y sus necesidades, sobretodo en lo relacionado con el autoconcepto y la búsqueda de sensaciones.
11. Las variables cognitivo conductuales y los rasgos psicopatológicos se relacionan con los niveles de riesgo a nivel sexual vaginal, anal y oral de los adolescentes colombianos. El uso el preservativo de forma constante está mediada por factores no solo individuales sino también sociales. Las características de un entorno sumado al déficit conductual incrementa el riesgo frente a la infección por el VIH.
  12. Los rasgos psicopatológicos influyen sobre el nivel de conocimientos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia de los adolescentes colombianos lo cual incrementa el nivel de riesgo frente a la infección por el VIH. Así, los conocimientos, la susceptibilidad y la autoeficacia de los adolescentes que presentan mayor rasgos psicopatológico se ven afectados por carecer de las habilidades y capacidades suficientes para desarrollar conductas de autocuidado; por lo cual es necesario el desarrollo de programas que permitan incluir a los adolescentes que tienen trastornos psicopatológicos.
  13. Los objetivos de los programas de prevención frente a la infección por el VIH deben estar orientados hacia el acceso a la información sobre la infección por el VIH y a los servicios de salud, mejorar las condiciones socio sanitarias con un programa de atención primaria eficiente, fortalecimiento de las instituciones educativas en los procesos de educación y como medio de formación, vinculación del adolescente a los diferentes procesos sociales académicos, sociales y laborales que fortalezca sus redes de apoyo y una coordinación interinstitucional tal como lo plantea la Organización Panamericana de la Salud.
  14. Por lo anterior, es fundamental que las intervenciones preventivas en la infección por el VIH tengan una dimensión multifactorial a partir de los resultados encontrados; y a su vez, no se excluya la prevención primaria, secundaria o terciaria, sin oque se desarrollen estrategias eficientes para cada uno de los momentos en los cuales puede estar un adolescente según los factores de riesgo a los cuales se ve expuesto.
  15. Con base en las diferencias encontradas, es fundamental diseñar programas preventivos en los cuales se incluyan las diferencias sociales por regiones



geográficas, sexo, edad, tipo de institución educativa y nivel de escolaridad con el fin de responder efectivamente a las necesidades y características de la población.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adetunji, J. (2000). Trends in under-5 mortality rates and the HIV/AIDS epidemic. *Bolletín of the World Health Organization*, 78, 1200-1206.

Aggleton, P. (2002). HIV/AIDS prevention and sexuality education must change to meet their promise. *SIECUS Report*, 21, 5-8.

Aggleton, P. y Warwick, I. (2002). Education and HIV/AIDS prevention among young people. *AIDS Education and Prevention*, 14, 263-268.

Agha, S. (2003). The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 15, 749-762.

Aguirre, L., Buitrago, M., Salamanca, A., López, Y. y Prieto, F. (2004). Vigilancia por laboratorio de VIH, hepatitis B y sífilis gestacional, Sivilab, 2003. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 9, 36-40.

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Akers, R.L. (1997). *Criminological theories*. Los Angeles CA: Roxbury.

Albarracín, D., Ho, R. M., McNatt, P. S., Williams, W. R., Rhodes, F., Malotte, C. K., Hoxworth, T., Bolan, G. A., Zenilman, J., Iatesta, M. y Proyect RESPECT Study Grp. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. *Health Psychology*, 19, 458-468.

Ali, M. M., Cleland, J. y Shah, I. H. (2004). Condom use within marriage: A neglected HIV intervention. *Bolletín of the World Health Organization*, 82, 180-186.

Allen, D. R., Carey, J. W., Manopaiboon, Ch., Jenkins, R. A., Uthairavavit, W., Kilmarx, P. H. y Van Griensuen, F. (2003). Sexual health risks among young Thai women: Implications for HIV/STD prevention and contraception. *AIDS and Behavior*, 7, 9-21.

Alves Peres, C., Alves Peres, R., Da Silveira, F., Paiva, V., Sid Hudes, E. y Hearst, N. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl. B), 36-44.

American International AIDS Foundation (2005). How is HIV transmitted from one person to another? Recuperado el 6 abril, 2005, de <http://www.aids.com/facts.htm>

Ananth, P. y Koopman, Ch. (2003). HIV/AIDS knowledge, beliefs, and behavior among women of childbearing age in India. *AIDS Education and Prevention*, 15, 529-546.

Arco, J. L. y Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 209-226.

Aronowitz, T., Rennells, R. y Todd, E. (2005). Heterosocial behaviours in early adolescent African American girls: The role of mother-Daughter relationships. *Journal of Family Nursing*, 11, 122-139.

- Auslander, W. F., Curtis McMillen, J., Elze, D., Thompson, R., Jonson-Reid, M. y Stiffman, A. (2002). Mental health problems and sexual abuse among adolescents in foster care: Relationship to HIV risk behaviors and intentions. *AIDS and Behavior*, 6, 351-359.
- Babikian, T., Freier, M., Hopkins, G. L., DiClemente, R., McBride, D. y Riggs, M. (2004). An assessment of HIV/AIDS risk in higher education students in Yerevan, Armenia. *AIDS and Behavior*, 8, 47-61.
- Baker, Sh., Beadnell, B., Stoner, S., Morrison, D. M., Gordon, J. et al. (2003). Skills training versus health education to prevent STDs/HIV in heterosexual women: A randomized controlled trial utilizing biological outcomes. *Aids Education and Prevention*, 15, 1-14.
- Baker-Duncan, N., Dancer, J., Gentry, B., Highly, P. y Bibson, B. (1997). Deaf adolescent's knowledge of AIDS: Grade and gender effects. *American Annals of the Deaf*, 142, 368-372.
- Balzarini, J. y Van Damme, L. (2005). Intravaginal and intrarectal microbicides to prevent HIV infection. *Canadian Medical Association*, 4, 461-464.
- Bandura, A. (1964). The stormy decade: Fact or fiction. *Psychology and the Schools*, 1, 224-231.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward unifying theory of behavioral change. *Psychologica Review*, 8, 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. En V. M. Mays, G W. Albee y S. F. Schneider (Eds), Primary prevention of AIDS (pp. 128-141). London: Sage Publications.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and Health. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Vol. 20, pp. 13815-13820). Oxford: El Sevier.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. y Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, F., Dauguet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W. y Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220, 868-871.
- Barreiro, P., González del Castillo, J. y González-Lahoz, J. (2001). Manejo terapéutico global. En V. Soriano y J. González-Lahoz (Eds.), *Manual del Sida* (pp. 513-532). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Barreiro, P., Soriano, V. y González-Lahoz, J. (2001). Mecanismos de transmisión y estrategias de prevención de la infección por el VIH. En V. Soriano y J. González-Lahoz (Eds.), *Manual del Sida* (pp. 100-116). Barcelona: Publicaciones Permanyer.

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/Sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 86-94.
- Basen-Engquist, K. y Parcel, G. S. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: A model of adolescents` HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 263-277.
- Bastos, F. I., Strathdee, S. A., Derrico, M. y Pina, M. F. (1999). Drug use and the spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 29-49.
- Bayés, R. (1990a). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bayés, R. (1990b). Psicología y SIDA: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo*, 46, 30-36.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Bayés, R. (1999). Comentario del artículo de Price, A. y Darnard, A. C. (1998). Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida, 10 (5), mayo 1999, 58-59.
- Becker, M. H. (1974). The health believe model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77,25-32.
- Becoña, E. y Vásquez, F. L. (2000). La promoción de los estilos de vida saludable, ¿realidad, reto o utopía? En J. L. Oblitas y E. Becoña (Eds.) (pp. 15-21), *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Benito, J. M., López, M. y Soriano, V. (2004). The role of CD8+ T-cell response in HIV infection. *AID Reviews*, 6, 79-88.
- Bermúdez, M. P. (2001). Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Bermúdez, M. P. y Teva, I. (2004a). Situación actual del SIDA en España: Análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 553-570.
- Bermúdez, M. P. y Teva, I. (2004b). Situación actual del VIH/SIDA en México: Análisis de las diferencias por entidad federativa. *Psicología y Salud*, 14, 101-111.
- Bermúdez, M. P. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa: Análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 89-106.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe R, A. F. (2005). *Adaptación al colombiano del AFA autoconcepto forma A*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe R, A. F. (2005). *Adaptación al colombiano del SCL-90R. Cuestionario de 90 síntomas*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.

- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe R, A. F. (2005). *Adaptación al colombiano del EHS. Escala de Habilidades Sociales (B)*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe R, A. F. (2005). Adaptación al colombiano de la Escala VIH-65. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (1999). Escala sobre información y conductas de riesgo relacionada con el VIH/SIDA. *Revista Chilena de Psicología*, 20, 96-103.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2000a). Adaptación a la lengua castellana de la escala de comunicación sobre el VIH/SIDA entre padres e hijo adolescente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9, 39-45.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2000b). Adaptación castellana de la escala de intención de cambio de conducta. *Ciencia Psicológica*, 7, 20-29.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2000c). Factores psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 83-92.
- Bermúdez, M. P., Teva, I. y Gutiérrez-Martínez, O. (2005). Assessment of the role of sensation seeking and cognitive avoidance as predictors of sexual risk behaviours among adolescents. Comunicación aceptada para su presentación en *The 8TH European Conference of Psychological Assessment*. Budapest (Hungría).
- Bermúdez, M. P., Uribe Rodríguez, A. F., y Buela-Casal, G. (2005). Póster: Analysis of the relation between the antisocial and delinquent conduct and the conducts of risk for the infection by the HIV. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. “La Psicología en la encrucijada de un mundo sin fronteras”. Granada (España).
- Bermúdez, M. P., Uribe Rodríguez, A. F., y Buela-Casal, G. (2005). Póster Knowledge, attitudes, autoeficacia and susceptibility in front of the infection by the VIH based on sex and the age in Colombian adolescents. 30<sup>o</sup> Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires (Argentina).
- Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Teva, I. (2005). *Teenage as a risk factor the infection of HIV*. En Liberman (Ed.), *Progress in AIDS research*. Nueva York: Nova Science.
- Bermúdez, M.P., Gutiérrez-Martínez, O. y Teva, I. (2005a). Assessing the influence of time use and emotional willingness in practicing sexual risk behaviours among adolescents. *The 8TH European Conference of Psychological Assessment*. Budapest (Hungría).
- Bermúdez, M.P., Gutiérrez-Martínez, O. y Teva, I. (2005b). Conductas sexuales de riesgo para el VIH en adolescentes: relación con el tiempo libre y el grado de información sobre el VIH/SIDA. *V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica*. Buenos Aires (Argentina).
- Bermúdez, M.P., Gutiérrez-Martínez, O., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2005). El papel del concepto de salud y de la percepción de prevalencia del VIH/SIDA en la predicción de los comportamientos de riesgo entre adolescentes. *30<sup>o</sup> Congreso Interamericano de Psicología*. Buenos Aires (Argentina).

- Bermúdez, M.P., Paniagua, F.A., Buela-Casal, G., O'Boyle, M. y Teva, I. (2005). Evaluation of knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy of adolescents about HIV/AIDS and its relation with psychopathologic variables. *9<sup>th</sup> European Congress of Psychology*. Granada (España).
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2004). Análisis de las diferencias en nivel de conocimiento, susceptibilidad, actitudes y autoeficacia sobre el VIH/SIDA en adolescentes en función del género y la edad. *IV Congreso Iberoamericano de Psicología*, Santiago de Chile (Chile).
- Bhattacharya, G., Cleland, C. y Holland, S. (2000). Knowledge about HIV/AIDS, the perceived risks of infection and sources of information of Asian-Indian adolescents born in the USA. *AIDS Care*, *12*, 203-210.
- Bimbela Pedrola, J. L. (2002). *Sociología del sida. Adolescentes y sexualidad en Andalucía*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Bimbela Pedrola, J. L. y Gómez Rodríguez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El Modelo Precede. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *47*, 151-157.
- Birch, D., Angermeier, L. K. y Gentsch, D. K. (2002). HIV prevention education for students with mental retardation. *Rural Special Education Quarterly*, *21*, 15-18.
- Blanch Andreu y Torres Mata (2002). *Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Blanco, J. L., García-Viejo, M. A., Tor, J., Muga, R. y Mallolas, J. (2000). Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y personal sanitario. En J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (pp. 73-88), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J. y Scheltema, K. (2005). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care*, *17*, 289-303.
- Boer, H., Emons, P. A. A. (2004). Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand. *Aids Care- Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, *16*, 167-176.
- Boerman, J. T. y Whitworth, J.A. (1998). Mortality impact of the AIDS epidemic: Evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, *12*, 3-14.
- Booth, R. E., Koester, S. K. y Pinto, F. (1995). Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. *American Journal on Addictions*, *4*, 313-322.
- Bortot, A. T., Risser, W. L. y Cromwell, P. F. (2004). Condom use in adolescent males: Knowledge and practice. *International Journal of STD & AIDS*, *15*, 1. Esta revista solo incluye Abstract.
- Brahme, R. G., Sahay, S., Malhotra-kohli, R., Divekar, A. D., Gangakhedkar, R. R., Parkhe, A. P., Kharat, M. P., Risbud, A. R., Bollinger, R. C., Mehendale, S. M. y Paranjape, R. S. (2005). High-risk behaviour in young men attending sexually transmitted clinics in Pune, India. *AIDS Care*, *17*, 377-385.

- Brown, L. K., DiClemente, R. J. y Beausoleil, N. I. (1992). Comparison of human immunodeficiency virus related knowledge, attitudes, intentions, and behaviors among sexually active and abstinent young, adolescents. *Journal of Adolescent Health, 13*, 140-143.
- Brown, L. K., Lourie, K. J., Flanagan, P. y High, P. (1998). HIV-related attitudes and risk behavior of young adolescent mothers. *AIDS Education and Prevention, 10*, 565-573.
- Bryan, A., Aiken, L. S., West, S. G. (2004). HIV/STD risk among incarcerated adolescents: Optimism about the future and self-esteem as predictors of condom use self-efficacy. *Journal of Applied Social Psychology, 34*, 912-936.
- Bryan, A., Schindeldecker, M. S. y Aiken, L. S. (2001). Sexual self-control and male condom-use outcome beliefs: Predicting heterosexual men's condom-use intention and behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 1911-1938.
- Buela-Casal, G., Bermúdez S., M. P., Sánchez G., A. I. y De los Santos-Roig, M. (2001). Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile, 129*, 944-954.
- Bui, T. D., Pham, Ch. K., Pham, T. H., Hoang, L. T., Nguyen, T. V., Vu, T. Q. y Detels, R. (2001). Cross-sectional study of sexual behaviour and knowledge about HIV among urban, rural, and minority resident in Viet Nam. *Bolletín of the World Health Organization, 79*, 15-22.
- Caballero-Hoyos, R. y Villaseñor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes urbanos: Consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública Mexicana, 45*(Supl. 1), 118-114.
- Caballo, V. E. (1991). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds.) *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (pp. 553-595). Madrid: Pirámide.
- Cabral, R. J., Galavotti, C., Stark, M. J., Gargiullo, P. M., Semaan, S., Adams, J. y Green, B. M. (2004). Psychosocial factors associated with stage of change for contraceptive use among women at increased risk for HIV and STDs. *Journal of Applied Social Psychology, 34*, 959-983.
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. *Salud Pública, 19*, 91-101.
- Cáceres, C. (2002). HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: A hidden epidemic? *AIDS, 16* (Supl. 3), 23-33.
- Calado Otero, M., Lameiras Fernández, M. y Rodríguez Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de las estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 357-370.
- Campart, M. y Scandroglio, B. (1997). Factores de protección y de vulnerabilidad en relación a los comportamientos de riesgo. Propuestas para la intervención en la familia, la escuela y el grupo de iguales. En A. M. González, J. M. Martínez García, J. S. López Martínez, M. J. Martín López y J. M. Martín Carrasco (Eds.), *Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud* (pp.225-240). Madrid: Entinema.



- Canton Chirivella, E., Sánchez Gombáu, M. C. y Mayor Martínez, L. (1995). Estrategias psicológicas y práctica física en la prevención de la infección por VIH. *Anales de Psicología*, 11, 175-182.
- Capafóns Bonet, A. y Silva Moreno, F. (1998). *CACIA. Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Capafóns, A., Castillejo, J. L., Gómez-Ocaña, C., Barreto, P., Aznar, P. y Pérez, P. (1990). Conceptualización del autocontrol. En A. Capafóns (Ed.), *Psicoterapia y modificación de conducta* (pp.55-67). Valencia: NAU Llibres.
- Cárdenas, C. y Moreno-Jiménez, B. (1989). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42, 343-349.
- Carey, M. y Schroder, K. E. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14, 172-183.
- Carpi Ballester, A. y Brega Asensio, A. (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4.
- Carretero, M. (1984). Teorías de la adolescencia. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud* (pp. 13-35). Madrid: Alianza Psicológica.
- Castilla Catalán, J., Barrio, G., Fuede, L. De la, y Belza, M. J. (2000). Dificultades para integrar estrategias de prevención del VIH bajo los efectos del alcohol y drogas. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA*, 11, 239-242.
- Castillo Ceballos, G. (1999). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.
- Catalan, J., Klimes, I., Bond, A., Day, A., Garrod, A. y Rizza, C. (1992). The psychosocial impact of HIV-infection in men with hemophilia - controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 409-416.
- Chaison, R. E., Sterling, T. R. y Gallant, J. E. (2002). Manifestaciones clínicas generales de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (incluidas las enfermedades oral, cutánea, renal, ocular y cardíaca). En G. L. Maudell, J. E. Douglas y J. E. Bennett (Eds.), *Enfermedades Infecciosas. Principios y prácticas* (pp. 1705-1715). Buenos Aires: Panamericana.
- Checa, S., Erbaro, C. y Schwartzman, E. L. (2003). Cuerpo y sexualidad en la adolescencia. En S. Checa (Ed.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp.171-209). Buenos Aires: Paidós.
- Chequer, P., Cuchí, P., Mazin, R. y García Calleja, J. M. (2002). Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. *AIDS*, 16 (Suppl. 3), 50-57.
- Chermann, J. C. (1998). Sexual and mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus type 1: A review. *American Journal of Reproductive Immunology*, 40, 183-186.
- Chico Librán, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12, 229-235.
- Cohall, A., Kassotis, J., Parks, R., Vaughan, R., Bannister, H. y Northridge, M. (2001). Adolescents in the age of AIDS: Myths, misconceptions and misunderstanding

regarding sexually transmitted diseases. *Journal of the National Medical Association*, 93, 64-69.

Coleman, A. W. (1974). The transition from youth to adult. *New York University Education Quarterly*, 5, 2-5.

Colón, R. M., Wiatrek, D. E. y Evans, R. I. (2000). The relationship between psychosocial factors and condom use among African-American adolescents. *Adolescence*, 35, 559-568.

Committee on Pediatric Aids (1999). Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*, 103, 164-166.

Cortés Alfaro, A., García Roche, R., Monterrey Gutiérrez, P., Fuentes Abreu, J. y Pérez Sosa, D. (2000). Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 253-260.

Craig, D. M., Wade, K. E., Allison, K. R., Irving, H. M., Williams, I. y Hlibka, C. M. (2000). Factors predictive of adolescents' intentions to use birth control pills, condoms, and birth control pills in combination with condoms. *Canadian Journal of Public Health*, 91, 361-367.

Crawford, I., Hammack, P. L., McKirnan, D. J., Ostrow, D., Zamboni, B. D., Robinson, B. y Hope, B. (2003). Sexual sensation seeking, reduced concern about HIV and sexual risk behaviour among gay men in primary relationships. *AIDS care*, 15, 513-524.

Crosby et al. FALTAN AUTORES (2000). Misconceptions about STD protective behaviours. *The American Journal of Preventive Medicine*, 19, 167-173.

Crosby, R. A. (1996). Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS. *Journal of school health*, 66, 186-190.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Salazar, L. F., Harrington, K., Davies, S. L. y Kim Oh, M. (2003). Identification of strategies for promotion condom use: A prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prevention Science*, 4, 263-270.

Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M. y Gayle, J. A. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: A state-level exploratory study. *AIDS and Behavior*, 7, 245-252.

Crowell, T. L. (2004). Seropositive individuals willingness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection. *Journal of Health Communication*, 9, 395-424.

Cummins, J. E. y Dezzuti, Ch. S. (2000). Sexual HIV-1 transmission and mucosal defense mechanisms. *AID Reviews*, 2, 144-154.

D'Angelo, L. J. y DiClemente, R. J. (1996). Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection. En: L. J. DiClemente, W. B. Hansen y L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behaviour* (pp. 333-368). New York: Plenum Press.

Day, S., Lakhani, D., Hankins, M. y Rodgers, C. A. (2004). Improving uptake of HIV testing in patients with a confirmed STI. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 626-629.

- De León, V., Pelcastre, B. y Rojas, J. (1999). Exploración de las creencias y conocimientos entorno al sida en la una población de adolescentes. *Psicología y Salud*, 13, 55-62.
- Decreto 1543 para el Manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Diario Oficial No. 43062 (1997).
- Del Río, C. y Curran, J. W. (2002). Epidemiología y prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En G. L. Maudell, J. E. Douglas y J. E. Bennett (Eds.), *Enfermedades Infecciosas. Principios y practicas* (pp. 1636-1642). Buenos Aires: Panamericana.
- Dembo, R., Dertke, M., La Voie, L., Border, S., Washburn, M. y Schmeidler, J. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 10, 13-33.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2002). *Clasificación socioeconómica de la población colombiana por sectores*. Recuperado el 29 diciembre, 2003, de <http://www.dane.gov.co>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2003). *Número de establecimientos educativos por sector*. Recuperado el 29 diciembre, 2003, de <http://www.dane.gov.co>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2004a). *Datos de defunción por grupos de edad y sexo agrupados según la Clasificación de Enfermedades CIE-2001*. Recuperado el 29 septiembre, 2004, de [http://www.dane.gov.co/inf\\_est/vitales.htm](http://www.dane.gov.co/inf_est/vitales.htm)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2004b) *Proyección de Población 2003*. Recuperado el 28 septiembre, 2004, de [http://www.dane.gov.co/inf\\_est/series\\_proyecciones.htm](http://www.dane.gov.co/inf_est/series_proyecciones.htm)
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Dévieux, J., Malow, R., Stein, J. A., Jennings, T. E., Lucenko, B. A., Averhart, C. y Kalichman, S. (2002). Impulsivity and HIV risk among adjudicated alcohol- and other drug- abusing adolescent offenders. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl. B), 24-35.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH-SIDA. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 35, 25-39.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A. y Wingood, G. M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32, 23-50.
- DiClemente, R. J., Boyer, Ch. B. y Morales, E. S. (1988). Minorities and AIDS: Knowledge, attitudes, and misconceptions among black and Latino adolescents. *American Journal of Public Health*, 78, 55-57.
- DiClemente, R. J., Lanier, M. M., Horan, P. F. y Lodico, M. (1991). Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviors among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 81, 628-630.

Dilorio, C., Resnicow, K., Thomas, S., Wang, D. Q. T., Dudley, W. N., Van Mater, D. F. y Lipana, J. (2002). Keepin' it REAL: Program description and results of baseline assessment. *Health Education & Behavior*, 29, 104-123.

Dunn, Newell, Ades, et al, (1992). Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340, 585-588.

Earp, J. y Ennett, S. (1991). Conceptual models for health education research and practice. *Health Education Research*, 6, 163-171.

Edwards, S. (1992). Sexually active adolescents have less knowledge and less fear of HIV than their abstinent peers. *Family Planning Perspectives*, 24, 142-143.

Eifler, S. (2004). Rational choice, personality, and HIV-preventive behavior in the presence to opportunities. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 1251-1280.

Espada Sánchez, J. P., Martínez Sánchez, J. y Medina Hernández, M. (2000). Intervención en drogodependientes de alto riesgo: Estrategias de reducción de daño. *Revista Española de Drogodependencias*, 25, 32-48.

Espada Sánchez, J. P., Quiles Sebastián, M. J. y Méndez Carrillo, F. J. (1982). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85.

Espada Sánchez, J. P., Quiles, M. J. y Méndez Carrillo, F. J. (2003). Prevención del SIDA en la infancia y la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. J. Méndez (Eds.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia* (pp. 349-367). Madrid: Pirámide.

Estefani, D. (2001). Género y prevención primaria del sida en ancianos. Un análisis desde la Teoría de la Acción Razonada. *Revista Latinoamericana de Psicología*.

Exner, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L. y Ehrhardt, A. A. (1992). Sexual self control as a mediator of high risk sexual behavior in a New York City cohort of HIV (positive) and HIV (negative) gay men. *The Journal of Sex Research*, 29, 389-406.

Faur, E. (2003). ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia. En S. Checa (Ed.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 37-75). Buenos Aires: Paidós.

Ferrer, J. J. (1997). SIDA y bioética: De la autonomía a la justicia. Madrid: Universidad de Comillas.

Fernández-Esquer, M. E., Atkinson, J., Diamond, P., Useche, B. y Mendiola, R. (2004). Condom use self-efficacy among US- and foreign-born Latinos in Texas. *Journal of Sex Research*, 41, 390-399.

Fichorova, R. N., Tucker, L. D. y Anderson, D. J. (2001). The molecular basis of nonoxynol-9 induced vaginal inflammation and its possible relevance to human immunodeficiency virus type 1 transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 184, 418-428.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, M A.: Addison-Wesley.

Fishbein, M. y Middlestadt, S. E. (1989). Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. En V. M. Mays, G

- W. Albee y S. F. Schneider (Eds), Primary prevention of AIDS (pp. 93-110). London: Sage Publications.
- Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fleming, D. T. y Wasserheit, J. N. (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice: The contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually transmitted infections*, 75, 3-17.
- Ford, K., King, G., Nerenberg, L. y Rojo, Ch. (2001). Aids knowledge and risk behaviors among Midwest migrant farm workers. *AIDS Education and Prevention*, 13, 551-560.
- Fraser, B. (2005). Seeking a safer blood supply. *The Lancet*, 365, 559-560.
- Friedman, S. R. y Des Jarlais, D. C. (1991). HIV among drug injectors: The epidemic and the response. *AIDS Care*, 3, 239-250.
- Gage, A. (1998). Sexual activity and contraceptive use: The components of decision making process. *Studies in Family Planning*, 29, 154-166.
- García Abreu, A., Noguera, I. y Cowgill, K. (2004). El VIH/SIDA en países de América latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- García Calleja, J. M., Walker, N., Cuchi, P., Lazzari, S., Ghys, P. D. y Zacarias, F. (2002). Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS*, 16 (Suppl. 3), 3-12.
- García Martínez, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21, 50-57.
- García, R. (2003). Sida: Situación en el mundo y en Colombia veinte años después. *Revista Biomédica*, 23, 1-5.
- Garrido, E., Herrero, C. y Masip, J. (2001). Autoeficacia y delincuencia. *Psicothema*, 14 (Suppl. 1), 63-71.
- Gascón-Jiménez, J. A., Navarro-Gochicoa, B., Gascón-Jiménez, F. J., Perula-De-Torres, L. A., Jurado-Porcel, A. y Montes-Redondo, G. (2003). Conocimiento de los adolescentes sobre el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. *Atención Primaria*, 32, 216-222.
- Gatell, J. M. Blanco, J. L., Soriano, A., Tortajada, C., Lozano, L., García, F. et al. (2000). En J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Eds.), *Guía práctica del sida* (pp. 53-72). Clínica, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson.
- Gayet, C., Rosas, C. A., Magis, C. y Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el Sida. *Salud Pública de México*, 44, 122-128.
- Giffin, K. (1998). Beyond empowerment: Heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science and Medicine*, 46, 151-160.
- Gismero, E. (2002). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Glasel, M. (1990). Hábitos sexuales con alto riesgo para la transmisión del SIDA. En V. T. Devita, S. Hellman y S. A. Rosemberg (Eds.), *SIDA: Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención* (pp. 359-372). Barcelona: Salvat Editores.

- Gökengin, D., Yamazhan, T., Özkaya, D., Aytug, S., Ertem, E., Arola, B. y Serter, D. (2003). Sexual knowledge attitudes and risk behaviors of students in Turkey. *The Journal of School Health*, 73, 258-263.
- Gold, R. y Skinner, M. (1992). Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men. *AIDS*, 6, 1021-1030.
- Goñi Grandmontagne, A. (2000). Adolescencia y discusiones familiares. Madrid: Editorial EOS.
- González Ortiz, J. (1995). Psicología y SIDA: Panorama Colombiano. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 13-25.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S. y Partridge, K. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto: Mayfield.
- Grimley, D. M., Prochaska, G. E. y Prochaska, J. O. (1997). Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. *Health Education Research*, 12, 61-75.
- Gutiérrez, J. G., Navarro, E. y Herrero, D. (2003). Epidemiología de las primeras visitas de una unidad de salud mental de infancia y adolescencia de nueva creación. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 20, 156-165.
- Gutiérrez, M. A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: Una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (Ed.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 77-101). Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2005). Evaluación de factores de riesgo para el VIH en adolescentes: el papel del nivel de preocupación sobre el riesgo de infección y de la evitación del malestar. *V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica*. Buenos Aires (Argentina).
- Hart, T. A., Wolitski, R. J. y Purcell, D. W. (2003). Sexual behavior among HIV-Positive men who have sex with men: What's in a Label? *The Journal of Sex Research*, 40, 179-188.
- Hingson, R. W., Strunin, L., Berlin, B. M. y Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Hollander, D. (2003). Nairobi's poorest women have highest level of risky sexual behavior, least knowledge of HIV prevention. *International Family Planning Perspectives*, 29, 99-102.
- Holtgrave, D. R. y Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 62-64.
- Hoppe, M. J., Graham, L., Wilsdon, A., Wells, E. A., Nahom, D. y Morrison, D. M. (2004). Teens speak out about HIV/AIDS: Focus group discussions about risk and decision-making. *Journal of Adolescent Health*, 35, 345-346.

- Hou, S. y Wisenbaker, J. (2005). Using a web-based survey to assess correlates of intention toward HIV testing among never-been-tested but sexually experienced college students. *AIDS Care*, 17, 329-334.
- Im-em, W., VanLandingham, M., Knodel, J. y Saengtienchai, Ch. (2002). HIV/AIDS-related knowledge and attitudes: A comparison of older persons and young adults in Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 14, 246-263.
- Imperato, A. M. (1996). Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, attitudes, behaviors and risks. *Journal of Community Health*, 21, 329-347.
- INSALUD. (2005). Reporte de nuevos casos de VIH/SIDA en Colombia 2004. Comunicación personal, 2 febrero, 2005.
- Instituto Nacional de Salud de Colombia (INSALUD, 2004). Reporte de nuevos casos de VIH/SIDA en Colombia. Primer semestre del 2004. Comunicación personal, 20 agosto, 2004.
- Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia. (2000). *Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/SIDA. 13. Guía de atención del VIH/SIDA. Serie documentos técnicos 018*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Jemmott III, J. B., Sweet Jemmott, L., Braverman, P. K. y Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: A randomised controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 440-450.
- Jemmott III, J. B., Sweet Jemmott, L., Fong, G. T. Y McCaffree, K. (1999). Reducing HIV risk-associated sexual behavior among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects. *American Journal of Community Psychology*, 27, 161-188.
- Jiménez Leal, R. (2003). La medicina de familia y la adolescencia. *Atención Primaria*, 32, 555-556.
- Johnson, A. M., Mercer, C. H., Wellings, K., Fenton, K. y Erens, B. (2004). Who uses condoms with whom? Condom use in the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles ('Natsal 1990' and 'Natsal 2000'). *International Journal of STD & AIDS*, 15, 1.
- Jones, R. (2004). Relationships of sexual imposition, dyadic trust, and sensation seeking with sexual risk behavior in young urban women. *Research in Nursing & Health*, 27, 185-197.
- Kaaya, S. F., Mukoma, W., Flisher, A. J., Klepp, K. I. (2002). School-based sexual health interventions in sub-Saharan Africa: A review. *Social Dynamics-A Journal of the Centre for African Studies University of Cape Town*, 28 (Suppl. 1), 64-88.
- Kahn, J. A., Kaplowitz, R. A., Goodman, E. y Emans, J. (2002). The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health*, 30, 229-232.
- Kaler, A. (2004). The female condom in North America: Selling the technology of empowerment. *Journal of Gender Studies*, 13, 139-152.

- Kalichman, S. (1998). *Preventing aids. A sourcebook for behavioral interventions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kalichman, S. C. (2002). HIVE prevention; alcohol use, thrill-seeking prove bad mix for HIV- positive men. *Medical Letter on the CDC & FDA*, 9.
- Kalichman, S. y Cain, D. (2005). Perceptions of local HIV/AIDS prevalence and risks for HIV/AIDS and other sexually transmitted infections: Preliminary study of intuitive epidemiology. *Annuar Behavioral Medicine*, 29, 100-105.
- Kalichman, S. C., Cain, D., Zweben, A. y Swain, G. (2003). Sensation seeking, alcohol use and sexual risk behaviors among men receiving services at a clinic for sexuality transmitted infections. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 564-570.
- Kalichman, S. C., Greenberg, J. y Abel, G.G. (1996). HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: Psychological characteristics and implications for prevention. *AIDS Care*, 9, 441-450.
- Kalichman, S. C., Heckman, T. y Kelly, J. A. (1996). Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 141-154.
- Kaljee, L. M., Genberg, B. L., Minh, T. T., Tho, L. H. Thoa, T. K. y Stanton, B. (2005). Alcohol use and HIV risk behaviors among rural adolescents in Khanh Hoa province Viet Nam. *Health Education Research*, 20, 71-80.
- Kang, S. Y., Deren, S., Andia, J., Colon, H. M. y Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive Behaviors*, 29, 567-574.
- Kasen, S., Vaughan, R. D. y Walter, J. (1992) Self-Efficacy for AIDS. Preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202.
- Katz, R., Mills, K., Singh, N. N. y Best, A. M. (1995). Knowledge and attitudes about AIDS: A comparison of public high school students, incarcerated delinquents, and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 117-131.
- Kawachi, I., Kennedy, B. y Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187-1193.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J. y Kalichman, S. C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioural research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.
- Kirscht, J. P. y Joseph, J. G. (1989). The health belief model: Some implications for behavior change, with reference to homosexual males. En V. M. Mays, G W. Albee y S. F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS* (pp. 111-127). London: Sage Publications.
- Klein, H. (2004). Drug problems and "at risk" women's involvement in HIV risk behaviours. *Sozial-Und Praventivmedizin*, 49, 198-207.
- Koniak-Griffin, D. y Brecht, M. (1997). AIDs risk behaviors, knowledge and attitudes among pregnant adolescents and young mothers. *Health Education and Behavior*, 24, 613-625.



- Kornblit, A. L. (2000). Experiencia de vida de consumidores de drogas portadores de VIH. *Adicciones. Revista de Sociodrogaalcohol*, 12, 281-287.
- Kornblit, A. L. y Mendes, A. M. (2000). Las lógicas del amor en relación con la prevención del contagio del VIH/SIDA. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 46, 23-32.
- Kornblit, A. y Petracci, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH/SIDA. *Zer. Revista de Estudios de Comunicación*, 8, 23-39.
- Kowaleski-Jones, L. y Mott, F. L. (1998). Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: Do different factors influence males and females? *Family Planning Perspectives*, 30, 163-169.
- Ku, L., Sonenstein, F. L., Bradner, C. H., Boggess, S. y Pleck, J. H. (1998). Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979-1995. *Family Planning Perspectives*, 30, 1, 256-1263.
- Ladd, G. y Petry, N. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 323-330.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, 255-261.
- Lanouette, N. M., Noelson, R., Ramamonjisoa, A., Jacobson, Sh. y Jacobson, J. M. (2003). HIV- and AIDS-related knowledge, awareness and practices in Madagascar. *American Journal of Public Health*, 93, 917-920.
- Lau, J. T., Tsui, H. Y. y Chang, K. (2005). Reducing discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Hong Kong: An intervention study using an integrated knowledge-based PLWHA participation and cognitive approach. *AIDS Care*, 17, 85-101.
- Lawrence, J. S. (1993). African-American adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual behavior, and contraceptive decisions: Implications for the prevention of adolescent HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 104-112.
- Lederman, R. P., Chan, W. y Roberts-Gray, C. (2004). Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: Survey comparison of parent-teen prevention and control groups. *Behavioral Medicine*, 29, 155-163.
- Lederman, R. P. y Mian, T. S. (2003). The parent-adolescent relationship education (PARE) program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behavioral Medicine*, 29, 33-41.
- Lefkowitz, E. S., Romo, L. F., Corona, R., Kit-fong, T. y Sigma, M. (2000). How latino american and european american adolescents discuss conflicts, sexuality, and AIDS with their mothers. *Developmental Psychology*, 36, 315-325.
- Leickness, C., Simbayi, L. C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Cherry, Ch., Mfecane, S. y Cain, D. (2005). Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 9, 53-61.
- Levinson, R. A., Sadigursky, C. y Erchak, G. M. (2004). The impact of cultural context on Brazilian adolescents sexual practices. *Adolescence*, 39, 203-228.

- Li, X. M., Fang, X. Y., Lin, D. H., Mao, R., Wang, J., Cottrell, L., Harris, C. y Stanton, B. (2004). HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Education and Prevention*, 16, 538-556.
- Liebert, R. y Spiegler, M. D. (2000). *Personalidad*. Estrategias y temas de Liebert y Spiegler. México, D. F.: Thomson.
- Lightfoot, M., Song, J., Rotheram-Borus, M. J. y Newman, P. (2005). The influence of partner type and risk status on the sexual behavior of young men who have sex with men living with HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38, 61-78.
- Liverpool, J., McGhee, M., Lollis, Ch., Beckford, M. y Levine, D. (2002). Knowledge, attitudes, and behavior of homeless African-American adolescents: Implications for HIV/AIDS prevention. *Journal of the National Medical Association*, 94, 257-264.
- Lohrmann, D. K., Blake, S., Collins, T., Windsor, R. y Parrillo, A. V. (2001). Evaluation of school-based HIV prevention education programs in New Jersey. *The Journal of School Health*, 71, 207-214.
- Long, L.D. y Ankrah, E. M. (1996) *Women's experiences with HIV/AIDS: An international perspective*. Nueva York, Columbia University Press.
- Longshore, D., Stein, J. A. y Conner, B. T. (2004). Psychosocial antecedents of injection risk reduction: A multivariate analysis. *AIDS Education and Prevention*, 16, 353-366.
- López Martínez, J. S., Martín López, M. J. y Martín Carrasco, J. M. (1997). Consumo de drogas ilegales. En A. M. González, J. M. Martínez García, J. S. López Martínez, M. J. Martín López y J. M. Martín Carrasco (Eds.), *Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud* (pp. 121-183). Madrid: Entinema.
- López Rosales, F. (1996). *SIDA, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años*. México, D. F.: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López-Rosales, F. y Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Loue, S., Cooper, M., Traore, F. y Fieldler, J. (2004). Locus of control and HIV risk among a sample Mexican and Puerto Rico women. *Journal Immigrant Health*, 6, 155-165.
- Lucenko, B. A., Malow, R. M., Sanchez-Martinez, M., Jennings, T. y Devieux, J. G. (2003). Negative affect and HIV risk in alcohol and other drug (AOD) abusing adolescent offenders. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13 (Suppl. 1), 1-17.
- Lucho, M. L. y Jeri, F. R. (2000). Personalidad en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 6, 153-163.
- Luengo, M. A., Otero-López, J. M., Romero, E. y Gómez, J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 683-708.

- Lye Chng, Ch. y Gélica-Vargas, J. (2000). Ethnic identity, gay identity, sexual sensation seeking and HIV risk taking among multiethnic men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 12, 326-339.
- Machuca, A, Soriano, V. y González-Lahoz, J. (2000). Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH-1. Infección por otros retrovirus: VIH-2, HTLV-1 y HTLV-II. En J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Eds.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 121-145). Barcelona: Masson.
- Macintyre, K., Rutenberg, N., Brown, L. y Karim, A. (2004). Understanding perceptions of HIV risk among adolescents in KwaZulu-Natal. *AIDS and Behavior*, 8, 237-250.
- MacKellar, D. A., Vallerio, L. A., Hoffmann, J. R., Glebatis, D., LaLota, M., McFarland, W. et al. (2000). Gender differences in sexual behavior and factors associated with nonuse of condoms among homeless and runaway youths. *AIDS Education and Prevention*, 12, 477-491.
- McKernan, M., Taber, K., Paikoff, R., Mckinney, L., Baptiste, D., Coleman, D., Madison, S. y Bell, C. (2004). Family-level impact of the CHAMP family program: A community collaborative effort to support urban families and reduce youth HIV risk exposure. *Family Process*, 43, 79-93.
- Maclean, C. C. y Stringer, J. S. (2005). Potencial cost-effectiveness of maternal and infant antiretroviral interventions to prevent mother-to-child transmission during breast-feeding. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38, 570-577.
- Maddaleno, M., Morello, P. e Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45 (Supl. 1), 132-139.
- Magis Rodríguez, C., Marques, L. F. y Touzé, G. (2002). HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS*, 16 (Supl. 3), 34-41.
- Mao, L. M., Van de Ven, P. y McCormick, J. (2004). Individualism-collectivism, self-efficacy, and other factors associated with risk taking among gay Asian and Caucasian men. *AIDS Education and Prevention*, 16, 55-67.
- Martín Carrasco, J. M. y Martín López, M. J. (1997). Prácticas sexuales de riesgo. En A. M. González, J. M. Martínez García, J. S. López Martínez, M. J. Martín López y J. M. Martín Carrasco (Eds.), *Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud* (pp. 87-120). Madrid: Entinema.
- Martínez García, J. M. y López Martínez, J. S. (1997). Relaciones entre comportamientos de riesgo. Una visión de conjunto. En A. M. González, J. M. Martínez García, J. S. López Martínez, M. J. Martín López y J. M. Martín Carrasco (Eds.), *Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud* (pp. 185-224). Madrid: Entinema.
- Martínez-Donate, A. P., Blumberg, E. J., Hovell, M. F., Sipan, C. L., Zellner, J. A. y Hughes, S. (2004). Risk for HIV infection among adolescents in the border city of Tijuana, Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 407-425.
- Mas, A., Yuste, E., Menéndez-Arias, L. y Domingo, E. (2001). Retrovirus humanos. Estructura y ciclo de replicación del VIH. En V. Soriano y J. González-Lahoz (Eds.), *Manual del Sida* (pp. 1-22). Barcelona: Publicaciones Permanyer.

- Mashegoane, S., Moalusi, K. P., Ngoepe, M. A. y Peltzer, K. (2004). The prediction of condom use intention among South African University students. *Psychological Reports*, 95, 407-417.
- Matasha, E., Ntembelea, T., Mayaud, P., Saidi, W., Todd, J., Mujaya, B. y Tendo-Wambua, L. (1998). Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: Need for intervention. *AIDS Care*, 10, 571-582.
- Matsuoka, G. D., Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti, G., Chavez-Paz, J. M., Mendoza, D., Miranda-Vereatequi, C. y Sánchez-Alfaro, J. (2003). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual en pacientes varones con trastornos psicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 73-78.
- Mayordomo, S. y Ubillos, S. (2003). Características asociadas a la conducta sexual de riesgo en la población adulta española. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 280-285.
- Mbizvo, E. M., Msuya, S. E., Hussain, A., Chirenje, M. Z. y Stray-Pedersen, B. (2003). HIV prevalence in Zimbabwean women: 54-67% knowledge and perceived risk. *International Journal of STD & Aids*, 14, 202-208.
- McMahon, R. C., Malow, R. M. y Jennings, T. E. (2000). Personality, stress, and social support in HIV risk prediction. *AIDS and Behavior*, 4, 399-410.
- McWhirter, T., Florenzano, R. y Souhlette, M. P. (2002). El modelo Transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia Latinoamericana*, 3.
- Medina Madrid, R., Morán López, E., Regalado, M. A. y Bergado, B. (2000). La saliva como medio de diagnóstico de VIH. *Revista Cubana de Estomatología*, 37, 146-156.
- Medrano, L., Pérez, L., Thomson, M. y Nájera, R. (2001). Vacunas frente al sida. En V. Soriano y J. González-Lahoz (Eds.), *Manual del Sida* (pp. 495-512). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Meekers, D. y Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14, 62-72.
- Merakou, K., Costopoulos, C. y Kourea-Kremastinou, J. (2002). Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *European Journal Public Health*, 12, 90-93.
- Merakou, K., Costopoulos, C., Marcopoulou, J. y Kourea-Kremastinou, J. (2002). Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *European Journal Public Health*, 12, 90-93.
- Merchan-Hamann, E., Ekstrand, M., Hudes, E. S. y Hearst, N. (2002). Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brasilia. *AIDS and Behavior*, 6, 283-293.
- Míguez-Burbano, M. J., Navas, R., Forero, M. G., Burbano, X., Rodríguez, N. y Shor-Posner, G. (2002). Evaluation of HIV prevention and counseling practices of obstetrician/gynecologists in Bogotá, Colombia: Impact on women's knowledge and risk practices. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl. A), 72-80.
- Míguez-Burbano, M. J., Page, J. B., Angarita, I., Rodríguez, N., Baum, M. K., Burbano, X. et al. (2001). High-risk behaviours in men from Bogotá, Colombia and the spread of HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 12, 739-743.

- Mikhail, M., Wang, B. y Saksena, N. K. (2000). Mechanisms involved in non-progressive HIV disease. *AID Reviews*, 5, 230-244.
- Miller, K. y Whitaker, D. (2001). Predictors of mother-adolescent discussions about condoms: Implications for providers who serve youth. *Pediatric*, 108, 28.
- Minga, A. K., Huet, CH., Dohoun y Abo, L. (2005). Behavior assessment of blood donors facing the risk of HIV infection, Abidjan, Cote D'Ivoire, 2001-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38, 618-621.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1997). *CVSA. Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.
- Mitchell, A., Ollis, D. y Watson, J. (2000). Talking sexual health: A national application of the health promoting school framework for HIV/AIDS education in secondary schools. *The Journal of School Health*, 70, 391-405.
- Mitchell, C. M., Kaufman, C. E., Beals, J. y Pathways Choice Hlth Ways Project (2004). Identifying diverse HIV risk groups among American Indian young adults: The utility of cluster analysis. *Aids and Behavior*, 8, 263-275.
- Mitchell, Ch. M. y Kaufman, C. E. (2002). Structure of HIV knowledge, attitudes, and behaviors among American Indian young adults. *AIDS Education and Prevention*, 14, 401-419.
- Mize, S., Robinson, B., Bockting, W. y Scheltema, K. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of HIV prevention intervention for women. *Aids Care*, 14, 163-180.
- Montazeri, A. (2004). AIDS Knowledge and attitudes in Iran: Results from a population-based survey in Teheran. *Patient Education and Counseling*, 57, 199-203.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Montoya, I. D. (2001). Changes in economically disadvantaged adolescents' knowledge and beliefs about HIV/AIDS. *Clinical Laboratory Science*, 14, 167-174.
- Moreno, M., Vacas, C. y Roa, J. M. (2000). Relaciones entre situación familiar, clima social y adaptación en adolescentes. *Boletín de Psicología*, 68, 75-88.
- Morris, L. A., Ulmer, Ch. y Chimnani, J. (2003). A role for Community Health Corps members in youth HIV/AIDS prevention education. *The Journal of School Health*, 73, 138-143.
- Morrison-Beedy, D., Carey, M. P., Kowalski, J. y Tu, X. (2005). Group-based HIV risk reduction intervention for adolescent girls: Evidence of feasibility and efficacy. *Research in Nursing & Health*, 28, 3-15.
- Moscoso-Alvarez, M. R., Rosario, R. V. y Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 35, 79-91.

- Murphy, D. A., Rotheram-Borus, M. J. y Joshi, V. (2000). HIV-infected adolescent and adult perceptions of tuberculosis testing, knowledge and medication adherence in the USA. *AIDS Care*, 12, 59-64.
- Murphy, J. J. y Boggess, S. (1998). Increased condom use among teenage males, 1988-1995: The role of attitudes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 30, 276-289.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2001), Familia y adolescencia. Un modelo de análisis e intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *AFA. Autoconcepto Forma-A*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Musoke Philippa, M. y Miro, F. A. (2000). Prevention of HIV mother to child transmission: A review. *AIDS Reviews*, 2, 263-274.
- Nangle, D. y Hansen, D. (1998). Adolescent heterosocial competence revisited: Implications of an extended conceptualization for the prevention of high-risk sexual interactions. *Education and Treatment of Children*, 21, 431-446.
- Netting, N. y Burnett, M. (2004). Twenty years of student sexual behavior: Subcultural adaptations to a changing health environment. *Adolescence*, 153, 19-39.
- Niruthisard, S., Roddy, R. E., Chutivongse, S. (1991). The effects of frequent nonoxynol-9 use on the vaginal and cervical mucosa. *Sexual Transmission Diseases*, 18, 176-79.
- Norman, L. R. y Carr, R. (2003). The role of HIV knowledge on HIV-related behaviours: A hierarchical analysis of adults in Trinidad. *Health Education*, 103, 145-156.
- Novick, Ll., Terán, S. y Dolbear, G. (2003). Sexually transmitted disease in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(Suppl. 4), 133-138.
- Obeidallah, D., Turner, P., Iannotti, R. J., O'Brien, R. W., Haynie, D. y Galper, D. (1993). Investigating children's knowledge and understanding of AIDS. *The Journal of School Health*, 63, 125-129.
- ONUSIDA (1997). *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los adolescentes: Actualización de un análisis*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (1999). *Infección por VIH y SIDA en Colombia: 1999. Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Santafé de Bogotá: ONUSIDA
- ONUSIDA (2001). *Los niños y los adolescentes en el mundo con SIDA*. Madrid: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2003a). *Datos epidemiológicos 1983-2003*. Recuperado el 4 agosto, 2004, de <http://www.onusida.org.co/estad%Edstica%Edsticasinsep03.xls>
- ONUSIDA (2003b). *Situación de la epidemia de SIDA Diciembre de 2003. Datos de la Vigilancia Epidemiológica*. Recuperado el 15 de enero, 2004, de <http://www.unaids.org>  
OJO ESTA CAMBIA A ONUSIDA
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2004. Resumen analítico*. Recuperado el 23 diciembre, 2004, de <http://www.unaids.org>

- ONUSIDA y Ministerio de Protección Social (2004). *Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA 2004-2007*. Santa fe de Bogotá: Ministerio de Protección Social Colombia.
- Opuni, M., Bertozzi, S., Bollinger, L., Gutierrez, J., Massiah, E., McGreevey, W. y Stover, J. (2002). Resource requirements to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. *AIDS*, 16 (Suppl. 3), 58-65.
- Ostrow, D., DiFranchisco, W. y Kalichman, S. (1997). Sexual adventurism and high-risk sexual behavior among gay and bisexual men at risk for HIV infection. *AIDS and Behavior*, 108, 722-734.
- Otto, M. A., Evans, N. L., Halpern-Felsher, B. L. Y Eyre, S. L. (2003). Differences in altruistic roles and HIV risk perception among staff, peer educators, and students in an adolescent peer education program. *AIDS Education and Prevention*, 15, 159-171.
- Paéz, D., Ubillos, S., Pizarro, M y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicadas al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47,141-151.
- Paniagua, F. A., O'Boyle, M. y Wagner, K. D. (1997a). Gender differences on HIV/AIDS-related issues among psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention & Education for Adolescents & Children*, 1, 53-63.
- Paniagua, F. A., O'Boyle, M. y Wagner, K. D. (1997b). The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalised adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention & Education for Adolescents & Children*, 1, 65-104.
- Paniagua, J. L. (1998). *Escala VIH/ SIDA – 65*. Documento sin publicar.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2005). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México, D. F.: McGrawHill.
- Park, I. U., Sneed, C. D., Morisky, D. E., Alvear, S. y Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 14, 73-83.
- Parsons, J. T. y Halkitis, P. N. (2002). Sexual and drug-using practices of HIV-positive men who frequent public and commercial sex environments. *AIDS Care*, 14, 815-826.
- Patsdaughter, C. A., Kelly, R., Babington, B. R. y Dyer, J. G. (2005). A comparison of sexual risk behaviors of Dominican adolescents in their homeland and in the United States. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11 (Suppl. 1), 63-68.
- Paul, M. E., Chantry, C. J., Read, J. S., Frederick, M. M., Lu, M., Pitt, J., et al. (2005). Morbidity and mortality during the first two years of life among uninfected children born to human immunodeficiency virus type 1-infected women- the women and infants transmission study. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 24 (Suppl. 1), 46-56.
- Paxton, S. (2002). The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Education and Prevention*, 14, 282-295.
- Perlini, A. H. y Ward, C. (2000). HIV prevention interventions: The effects of role-play and behavioural commitment on knowledge and attitudes. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 32, 133-144.
- Perrin, J. M., Simms, M. D., Dubowitz, H. y Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106, 909-918.

- Pisani, E., Garnett, G., Brown, T., Stover, J., Grassly, N. C., Hankins, C., Walker, N. y Ghys, P. D. (2003). Back to basics in HIV prevention: Focus on exposure. *British Medical Journal*, 326, 1384-1387.
- Planes Pedra, M. (1995). Expectativas de autoeficacia y su relación con los comportamientos sexuales preventivos frente al Sida. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 27-37.
- Planes Pedra, M., Gras, M. E., Soto, J. y Font-Mayolas, S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con la prevención del SIDA en adolescentes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 305-389.
- Planes, M. y Gras Pérez, M. E. (2002). Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 695-723.
- Prieto, F. (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la Vigilancia Epidemiológica. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 8, 355-364.
- Prochaska, O., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologists*, 47, 1102-1113.
- Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., Goebert, D. y Nishimura, S. (2004). Ethnic variation in drinking, drug use, and sexual behavior among adolescents in Hawaii. *The Journal of School Health*, 1, 16-23.
- Ramos, M. M., Catena, A. y Trujilla, H. M. (2004). Manual de métodos y técnicas de investigación en ciencias del comportamiento. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rani, M., Figueroa, M. E. y Ainsle, R. (2003). The Psychosocial Context of Young Adult Sexual Behavior in Nicaragua: Looking Through the Gender Lens. *International Family Planning Perspectives*, 4, 174-183.
- Rasmussen-Cruz, B, Hidalgo-San Martín, A. y 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 Mexicana*, 45 (Supl. 1), 81-91.
- Realo, A. y Goodwin, R. (2003). Family related allocentrism and HIV risk behavior in Central and Eastern Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 690-701.
- Reed, N. A., Edwards, L. E. y Naughton, S. S. (1992). An AIDS prevention program for adolescents with special learning needs. *The Journal of School Health*, 62, 195-197.
- Robertson, A. A., Baird Thomas, C., Lawrence, J. S. St. y Pack, R. (2005). Predictors of infection with chlamydia or gonorrhea in incarcerated adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 32, 115-122.
- Robillard, R. H. (2001). The Jamaican adolescent: An assessment of knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS. *Pediatric Nursing*, 27, 176-180.
- Roddy, R. E., Cordero, M., Cordero, C., et al. (1993). A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation. *International Journal of STD and Aids*, 4, 165-170.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Rohde, P., Noell, J. y Ochs, L. (1999). IQ scores among homeless older adolescents: Characteristics of intellectual performance and associations with psychosocial functioning. *Journal of Adolescence*, 22, 319-328.



- Ruiz, L., Paredes, R. y Clotet, B. (2001). Carga viral: Utilidad clínica y pronóstica para el seguimiento del paciente VIH+. En J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Eds.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 175-189). Barcelona: Masson.
- Salazar, L. F., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W. y Oh, M. K. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5, 137-149.
- Sánchez García, M. y Muñoz, A. (2001). Análisis de respuestas abiertas en un cuestionario sobre conductas relacionadas con el SIDA. *Revista de Psicología Social*, 16, 261-273.
- Sánchez, F. (1997). Representaciones psicosociales sobre el SIDA. *Revista Información Psicológica*, 63, 198-200.
- Santamaría, J. M., Barros, C., Drona, F., Labarga, P., Podzamczar, D. y Rubio, R. (2002). Tratamiento antirretroviral inicial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20 (Suppl. 2), 3-9.
- Santrock, J. W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schwartländer, B., Stover, J., Walker, N., Bollinger, L., Gutierrez, J. P., McGreevey, W., Opuni, M., Forsythe, S., Kumaranayake, L., Watss, C. y Bertozzi, S. (2001). Resource needs for HIV/AIDS. *Science*, 292, 2434-2436.
- Seisedos Cubero, N. (1995). *Cuestionario A-D conductas antisociales-delictivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Semple, S. J., Patterson, T. L. y Grant, I. (2004). Psychosocial characteristics and sexual risk behavior of HIV plus men who have anonymous sex partners. *Psychology & Health*, 19, 71-87.
- Serna, M. T. y Torres, A. (2003). Comportamiento de la infección por VIH/SIDA en Guaviare, 1990-2002. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 8, 385-389.
- Shavelson, J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Shuguang, W. y Van de Ven, P. (2003). Peer HIV/AIDS education with volunteer trishaw drivers in Yaan, People's Republic of China: Process evaluation. *AIDS Education and Prevention*, 15, 334-345.
- SIVIGILA (2002). Factores asociados a la infección por VIH detectados mediante consejería pretest en amazonas. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 51, 1-8.
- Soares, C. y Jacobi, P. R. (2000). Adolescentes, drogas e aids: A valiação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa*, 109, 213-237.
- Soskolne, V. y Maayan, S. (1998). HIV knowledge, beliefs and sexual behavior of male heterosexual drug users and non-drug users attending an HIV testing clinic in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35, 307-317.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L. y Gutiérrez León, A. G. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 335-341.

- Steel, J. L., Herlitz, C., Snyder, W., Mazzaferro, K. y Theorell, T. (2004). Are we really assessing HIV/AIDS-related knowledge? Competing beliefs that may put a "knowledgeable" person at risk for HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 637-638.
- Sterk, C. E. (2002). The health intervention project: HIV risk reduction among African American women drug users. *Public Health Reports*, 117 (Suppl. 1), 88-95.
- Stueve, A. y O'Donnell, L. N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95, 887-894.
- Swart-Kruger, J. y Richer, L.M. (1997). AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour among South African street youth: Reflections on power, sexuality and the autonomous self. *Social Science and Medicine*, 4, 957-966.
- Swartz, J. A., Lurigio, A. J. y Weiner, D. A. (2004). Correlates of HIV-risk behaviors among prison inmates: Implications for tailored aids prevention programming. *Prison Journal*, 84, 486-504.
- Taghizade, M. (2005). Attitude and knowledge of adolescent girls about prevention of HIV/AIDS. *Nursing Journal of India*, 96, 40-42.
- Takanishi, R. (1993). The opportunities of adolescence-research, interventions, and policy: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 48, 85-87.
- Tapia, J. A. (1993). Evaluación del desarrollo intelectual y social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Introducción a la evaluación psicológica II* (pp. 207-243). Madrid: Pirámide.
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillán, E., Allen, B., Angeles-Llerenas, A., Cruz-Valdéz, A. y Lazcano-Ponce, E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13.293 public school students. *Archives of Medical Research*, 35, 334-343.
- Theron, A., Roodin, P. y Gorman, B. (1998). *Psicología evolutiva*. Madrid: Pirámide.
- Toledo Vila, H. J., Navas Pinzón, T. A., Navas Pinzón, L. C. y Pérez Manrique, N. P. (2002). Los adolescentes y el Sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54, 152-157.
- Toro-Alfonso, J. (2001). VIH/SIDA: Retos para la investigación y la acción. Introducción. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 35, 5-14.
- Trobst, K. K., Herbst, J. H., Masters, H. L. y Costa, P. T. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use, and HIV risk behaviors. *Journal of Research in Personality*, 36, 117-133.
- Ubillos, S. y Mayordomo, S. (2003). La prevención sexual del VIH/SIDA en España. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 343-347.
- UNAIDS (2002). *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2002*. Recuperado el 13 agosto, 2003, de <http://www.unaids.org>
- UNAIDS (2003). *Estimating the size of populations at risk for HIV*. Issues and methods updates July 2003. Virginia: Family Health International. Institute for HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2005). *FAQs about HIV and AIDS*. Recuperado el 6 abril, 2005, de <http://www.unaids.org>

- UNESCO. (2000). *HIV/AIDS & education. A Strategic Approach*. Recuperado el 28 noviembre, 2004, de <http://www.unaids.org>
- UNICEF (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental*. Recuperado el 15 enero, 2005, de <http://www.unicef.org.com>.
- UNICEF, ONUSIDA y OMS (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial*. Recuperado el 15 enero, 2005, de <http://www.unicef.org.com>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2003). *Situación de la infancia. Adolescentes. Infección por VIH/SIDA*. Recuperado el 18 septiembre, 2004, de <http://www.unicef.org.co/07-sida.htm>.
- Uribe Rodríguez, A. F. (1999). Los adolescentes: Una alternativa de cambio social a través de la prevención de la infección por VIH/SIDA". *Saludable*, 3, 7-8.
- Uribe Rodríguez, A. F. (2004a). *Conocimientos en VIH y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados*. Comunicación presentada en el Congreso Colombiano de Psicología, Neiva, Colombia.
- Uribe Rodríguez, A. F. (2004b). *La calidad de vida y estilos de vida en personas que viven con vih (pvv), ¿una realidad?* Comunicación presentada en el Congreso Colombiano de Psicología, Neiva, Colombia.
- Uribe Rodríguez, A. F. (2004c). *Los adolescentes: Grupo focal para la prevención en salud*. Conferencia especial en el II Congreso Colombiano De Psicología Conductual Cognoscitiva, Cali, Colombia.
- Uribe Rodríguez, A. F., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2005). Simposio: Psicosocial aspects related to HIV/AIDS infection. Relation between the self control, social abilities, the search of sensations and the conducts of risk in front of the infection by the HIV in Colombian adolescents. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. "La Psicología en la encrucijada de un mundo sin fronteras". Granada (España).
- Uribe, A F., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2005). *Adaptación al colombiano del CACIA. Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente*. Universidad de Granada Documento sin publicar.
- Uribe, A F., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2005). *Adaptación al colombiano del AD. Cuestionario de Conductas antisocial y delictiva*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Uribe, A F., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2005). *Cuestionario General*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Vanoss, B. (1999). *Draw the line/respect the line: A currículo prevent sexual risk*. En Sociedad Interamericana de Psicología (Ed.) *La psicología a fin del siglo: Conferencias magistrales del XXVI Congreso Interamericano de Psicología* (pp. 171-186). Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Vega Fuente, A. y Lacoste Marín, J. A. (1995). *Niños, adolescentes y SIDA: Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Vera-Villaruel, P., Pérez, V., Moreno, K. y Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 55-67.

- Vidal, R., Coll, O. y Reverter, M. (2001). Transmisión vertical del VIH y su prevención. En V. Soriano y J. González-Lahoz (Eds.), *Manual del Sida* (pp. 117-127). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. y Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth. *Nursing Research*, *53*, 172-181.
- Villarruel, A. M., Jemmott, L. S. y Jemmott III, J. B. (2005). Designing a culturally based intervention to reduce HIV sexual risk for Latino adolescents. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *16*, 23-31.
- Villaseñor-Sierra, R., Caballero-Hoyos, A., Hidalgo-San Martín, A. y Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública Mexicana*, *45* (Suppl. 1), 73-80.
- Vinh, D. T. N., Raguin, G. L., Thebaud, Y., Semaille, C. y Tri, L. D. (2003). Knowledge, attitudes, belief and practice related to HIV/AIDS among young people in Ho Chi Minh City, Vietnam. *European Journal of Epidemiology*, *18*, 835-836.
- Walker, D. F. y Gorsuch, R. L. (2002). Forgiveness within the big five personality model. *Personality & Individual Differences*, *32*, 1127-1138.
- Walker, N., García-Calleja, J. M., Heaton, L., Asamoah-Odei, E., Pomeroy, G., Lazzari, S., et al. (2001). Epidemiological analysis of the quality of HIV serosurveillance in the world: How well do we track the epidemic? *AIDS*, *15*, 1545-1554.
- Walker, N., Grassly, N. C., Garnett, G. P., Stanecki, K. y Ghys, P. (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: What do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, *363*, 2180-2185.
- Weinstein, N. D. (1989). Perceptions of personal susceptibility to harm. En V. M. Mays, G. W. Albee y S. F. Schneider (Eds), *Primary prevention of AIDS* (pp. 142-167). London: Sage Publications.
- Wilkinson, D. (2002). Nonoxynol-9 fails to prevent STDs, but microbicide research continues. *The Lancet*, *360*, 962-964.
- Wills, T. A. (2001). Adolescent health and health behaviours. En *International encyclopedia of the Social & Behavioral* (Vol. 1, pp: 111-112). Oxford: Elsevier.
- Wingood, G. M. y DiClemente, R. J. (1998). Gender-related correlates and predictors of consistent condom use among young adult African-American women: A prospective analysis. *International Journal of STD & AIDS*, *9*, 139-145.
- Wong, F. Y., Harper, G. W., Duffy, K. G., Faulring, C. y Eggleston, B. (2001). A content analysis of HIV/AIDS information in psychology textbooks: Implications for education, training, and practice. *AIDS Education and Prevention*, *13*, 561-571.
- Wu, Z., Detels, R., Zhang, J., Li, V. y Li, J. (2002). Community-Based trial to prevent drug use among youths in Yunnan, China. *American Journal of Public Health*, *92*, 1952-1957.
- Wu, Z., Zhang, J. Detels, R. et al. (1996). Risk factors for initiation of drug use among young males in southwest China. *Addiction*, *91*, 1675-1685.

- Wu, Z., Zhang, J. Detels, R. et al. (1997). Characteristics of risk-taking behaviors, HIV/AIDS knowledge and risk perception among young males in southwest China. *AIDS Education and Prevention*, 9, 147-160.
- Yoder, C. y Herrmann, D. (2003). The utility of commercial memory aids as a function of the kind of aid and individual differences. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 46, 83-103.
- Zak-Place, J. y Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behaviour. *Journal of American College Health*, 52, 229-236.
- Zamberlin, N. (2003). Reflexiones sobre la doble protección en varones adolescentes de sectores populares. En S. Checa (Ed.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 211-231). Buenos Aires: Paidós.
- Zuckerman, M. y Myer, P. (1983). Sensation seeking in homosexual and heterosexual men. *Archives of Sexual Behaviors*, 12, 347-356.
- Zuckerman, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensations seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 1, 197-206.
- Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.
- Zuckerman, M. (1994). Sensation seeking and impulsivity: A marriage of traits made in biology? En W. McCown, J. Johnson y M. Shure (Eds.), *The impulsive client : Theory, research and treatment* (pp. 69-89). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Zuckerman, M. y Neeb, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expresión of sensation seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 1, 197-206.
- Zuckerman, M., Eysenck, S. B. G. y Eysenck, H. J. (1978). Sensation Seeking in England and America: Cross-cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.



## APÉNDICES

### Apéndice 1. Cuestionario de información general

Estrato socioeconómico \_\_\_\_\_ Sexo Varón \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 Institución Pública \_\_\_\_\_ Privada \_\_\_\_\_ Zona rural \_\_\_\_\_ Zona urbana \_\_\_\_\_  
 Jornada académica \_\_\_\_\_ Nivel de escolaridad \_\_\_\_\_  
 Región \_\_\_\_\_  
 Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Código Institución \_\_\_\_\_

1. Por favor marca en la hoja de respuesta las personas con quien vives actualmente.

A. PAPA	D. ABUELOS	G. AMIGOS
B. MAMA	E. TIOS	H. SOBRINOS
C. HERMANOS	F. PRIMOS	I. OTROS

2. Tienes conocimiento de alguna enfermedad que tengas? **Por favor marca en la hoja de respuesta** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

3.Cuál es tu religión?

A. NINGUNA	E. MUSULMANA
B. CATOLICA	F. EVANGELICA
C. JUDIA	G. OTRA
D. MORMONA	

4. Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre **TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL SIDA**? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. Si respondes "SI", a la pregunta anterior, por favor, señala la procedencia de esta información en la lista siguiente:

A. Programas Televisivos	I. Folletos Distribuidos En La Calle
B. Programas De Radio	J. Folletos Distribuidos En El Colegio
C. Artículos De Revistas	K. Línea De Información Telefónica Sobre El Sida O Internet
D. Artículos De Periódicos	L. Charlas En El Colegio
E. Carteles En La Calle	M. Organizaciones Comunitarias
F. Mostradores De Tienda Y Folletos Explicativos Distribuidos Por Grandes Almacenes	N. Folletos Elaborados Por Las Autoridades De Salud
G. Carteles En Bús, Tren O Carro	O. Los Parientes (Miembros De Familia)
H. Amigos / Conocidos	

6. Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre **PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL SIDA**? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **Si respondes "SI", a la pregunta anterior, por favor, señala la procedencia de esta información en la lista siguiente:**

- A. Programas Televisivos
- B. Programas De Radio
- C. Artículos De Revistas
- D. Artículos De Periódicos
- E. Carteles En La Calle
- F. Mostradores De Tienda Y Folletos Explicativos Distribuidos Por Grandes Almacenes
- G. Carteles En Bús, Tren O Carro
- H. Amigos / Conocidos
- I. Folletos Distribuidos En La Calle
- J. Folletos Distribuidos En El Colegio
- K. Línea De Información Telefónica Sobre El Sida O Internet
- L. Charlas En El Colegio
- M. Organizaciones Comunitarias
- N. Folletos Elaborados Por Las Autoridades De Salud
- O. Los Parientes (Miembros De Familia)



**Apéndice 2. Adaptación castellana de la escala de VIH/SIDA-65 (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2003).**

A continuación vas a leer una serie de frases. Elige solo una respuesta de las que aparecen, y marca aquella que consideres la mejor. Las opciones serán: VERDADERO, FALSO, NO SE; y en otras preguntas DE ACUERDO, EN DESACUERDO, NO SE.

- 1.- Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA  
A. – VERDADERO    B. – FALSO    C- NO SE
- 2.- Se puede saber si una persona tiene el virus del SIDA con sólo mirarla.  
A. – VERDADERO    B.- FALSO    C- NO SE
- 3- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad.  
A. – VERDADERO    B.- FALSO    C- NO SE
- 4- Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen  
A. – VERDADERO    B. – FALSO    C- NO SE
- 5- Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales.  
A- VERDADERO    B.- FALSO    C.- NO SE
- 6- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada.  
A.- VERDADERO    B.- FALSO    C.- NO SE
- 7.- Hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres  
A. – VERDADERO    B. – FALSO    C- NO SE
- 8- EL SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.  
A. – VERDADERO    B. – FALSO    C- NO SE
- 9- Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA  
A.- VERDADERO    B.- FALSO.    C.- NO SE
- 10 Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres  
A.- VERDADERO    B.- FALSO.    C.- NO SE
- 11 Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales.  
A.- VERDADERO    B.- FALSO    C.- NO SE
- 12 Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA  
A.- VERDADERO    B.- FALSO    C.- NO SE

13 Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

14. El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

15.- Todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

16.- Tener el SIDA no es grave, es como estar resfriado.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

17.- El estrés puede causar SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

18.- Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

19.- Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

20.- Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

21.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

22.- Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

23.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

24.- Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

25.- Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el sida.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

26.- En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

27.- Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

28.- Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

29.- Las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

30.- El SIDA se ha encontrado sólo en los hombres

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

31.- Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un cepillo del cabello.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

32.- El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

33.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

34.- Se puede contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA usó.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

35.- Se puede transmitir el virus del SIDA mediante abrazos

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

36.- El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

37.- Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

38.- El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

39.- Se puede contraer el virus del SIDA en la piscina

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

40.- Se puede contraer el SIDA a través de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.

A.- VERDADERO      B.- FALSO      C.- NO SE

- 41.- Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 42.- Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 43.- No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 44.- No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 45.- Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 46.- Elegir el tipo de condón que se va a comprar puede resultar difícil  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 47.- Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 48.- Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 49.- Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 50.- Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 51.- Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 52.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 53.- Creo que puedo contraer el SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 54.- Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 55.- Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE

- 56.- El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 57.- Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 58.- Me preocupa contraer el virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 59.- Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 60.- Debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 61.- Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 62.- Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 63.- Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 64.- Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE
- 65.- Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del SIDA  
A.- DE ACUERDO      B.- EN DESACUERDO      C.- NO SE



Apéndice 3. CACIA. Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente (Capafóns Bonet y Siva Moreno, 1998)

### INTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontraras una serie de frases que quizá describan cómo te comportas, piensas o te sientes. Cuando leas cada frase, marca sobre el SI, si te describe. Si no te describe, marca sobre el NO.

Ejemplos:

- Me gusta comer helados durante el verano .....  SI    NO
- A menudo oigo música clásica.....SI     NO

Procura responder sin detenerte excesivamente en cada frase. Contesta a todas las frases. Cuando termines, repásalas, a ver si te has dejado alguna en blanco y la respondes. No hay respuestas buenas o malas, ni verdaderas ni falsas; procura ser totalmente sincero al contestar.

1. Normalmente hago las cosas que realmente me gustan, aunque haya cosas más urgentes que hacer.
2. Si sé que hacer algo que me gusta me impedirá trabajar después, lo dejo para cuando ya haya trabajado.
3. Casi siempre hago las cosas que me gustan, aunque tenga cosas más importantes que hacer.
4. Cuando quiero llegar antes a un sitio, me pongo una hora determinada para salir.
5. Pocas veces corrijo mis tareas para ver los aciertos y los errores, aunque quiera hacerlas mejor.
6. Sé portarme adecuadamente sin que me castiguen.
7. Cuando me dicen que debo portarme bien, suelo preguntar “¿qué quiere decir eso?”.
8. Cuando estoy perezoso y quiero estudiar, procuro quitar de mi vista todo lo que me pueda distraer (juguetes, discos, etc.).
9. Cuanto más consigo por encima de lo que me había propuesto y sé que se debe a mi esfuerzo, más a gusto me siento.
10. A veces soy brusco con los demás.
11. Cuando comento errores me critico a mi mismo.

12. Recuerdo mis obligaciones en casa.
13. Los demás dicen que soy un irresponsable.
14. Para mi es importante saber lo que tengo que hacer para saber si lo voy consiguiendo.
15. Llego puntual a todos los sitios.
16. Me gusta todo tipo de comida.
17. Cuando prometo algo y me cuesta cumplirlo, procuro tenerlo en la cabeza y recordármelo.
18. Si pongo un plan en marcha, quiero saber por mis propios medios cómo me va funcionando.
19. Cuando me esfuerzo por algo, sé si voy teniendo éxito en mi empeño.
20. Me cuesta mucho recordar las normas de clase, aunque las sepa.
21. A veces me dicen que soy incapaz de saber lo que está bien o mal hecho.
22. Suelo pensar en por qué mis amigos se comportan de la manera que lo hacen.
23. A veces desobedezco a mis padres.
24. Recojo los papeles que otros tiran al suelo.
25. Me cuesta darme cuenta de las cosas que hago que les gustan a mis amigos.
26. Cuando soy incapaz de hacer algo que me cuesta, pienso que se debe a la mala suerte.
27. A veces digo mentirillas a mis compañeros.
28. Cuando algo me da mucho miedo, me es imposible imaginarme cosas que me distraigan.
29. Cuando me preguntan “¿por qué haces eso?”, me quedo sin saber qué responder.
30. Cuando alguien me cuenta sus problemas, me cuesta saber cómo los puede solucionar.
31. Sólo trabajo cuando por ello puedo conseguir cosas enseguida.
32. Si me prometo algo a mí mismo, intento pensar en si lo que hago es lo que me he prometido.



33. Aguanto peor el dolor que la mayoría.
34. Me animo a mí mismo a mejorar, sintiéndome bien o dándome algo especial cuando progreso en algo.
35. Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas.
36. Hago inmediatamente lo que me piden.
37. Cuando quiero estudiar más, busco las maneras de conseguirlo, empezando por preguntarme qué es lo que me impide estudiar.
38. Desconozco qué puedo hacer para tranquilizarme cuando estoy nervioso, sin tomarme una pastilla.
39. Cuando me aguanto algo que me duele (un brazo roto, una herida etc), me imagino a los demás admirándome por mi valentía.
40. Generalmente, cuando aconsejo a alguien, las cosas le salen como yo le decía.
41. Si tengo que resistir algo que me hace daño (que me limiten una herida, que me pinchen, etcétera), me propongo soportar todo lo que haga falta para no tener que repetirlo.
42. A medida que voy consiguiendo lo que quiero, se me olvida ver lo que queda por hacer.
43. Cuando me porto bien y me cuesta hacerlo (por ejemplo, hacer un recado sin ganas, estar callado en clase, etc), lo hago, sobre todo, porque me gusta que me alaben.
44. Cuando hago algo en equipo, soy incapaz de saber la parte del resultado que se deben a mi trabajo.
45. A menudo pienso en cómo seré de mayor.
46. Cuando quiero dejar de hacer algo que me gusta, pero que no debo, procuro pensar en las razones que tengo para ello.
47. Todas las personas me caen muy bien.
48. Alguna vez he hecho como que no oía cuando me llamaban.
49. A menudo recuerdo las cosas que hacía antes y las comparo con las que hago ahora.
50. Reparto todas mis cosas con los demás.
51. Me pongo muy nervioso cuando tengo problemas personales.

52. Si voy a hacer algo que he prometido evitar, oigo la voz de mi conciencia.
53. Cuando me pongo nervioso intento tranquilizarme, ya que así las cosas me salen mejor.
54. Cuando tengo éxito en cosas de poca importancia, me animo para continuar haciéndolas.
55. Me es difícil acabar mi trabajo si no me gusta.
56. Disfruto imaginándome cosas que me gustaría que ocurriesen.
57. Ante todo, prefiero terminar una tarea que tengo que hacer y después comenzar con las cosas que realmente me gustan.
58. Aunque me diesen dinero por hacer algo que me parece mal (por ejemplo, engañar a un amigo, pegar a un niño pequeño, etc), haría lo que creo que está bien.
59. Aunque los demás no me digan nada, me siento muy bien si hago algo difícil y costoso.
60. Cuando hago algo adrede, me doy cuenta de cómo reaccionan los demás.
61. Aguanto que me hagan daño como el que más, si por eso me voy a poner mejor.
62. Soy capaz de aguantar que me peguen o insulten con tal de hacer algo que creo que debo hacer.
63. Cuando me siento triste o decaído, tardo bastante en comenzar a animarme.
64. Si alguien me dijera que tengo que hacer algo difícil y costoso para mí, me marcaría unos pasos o etapas para saber si voy consiguiéndolo.
65. Si quiero ahorrar dinero, voy apuntando el dinero que me gasto para saber lo que me queda.
66. Muchas veces evito hacer algo que me gusta porque sé que no debo.
67. Actúo conforme quiero en el momento.
68. Si tengo miedo por algo, me aguanto y hago lo que tengo que hacer (por ejemplo, ir por una calle oscura, hablar con un profesor muy duro, etc.).
69. Tiendo a retrasar los deberes que me aburren, aunque los puede hacer enseguida.
70. Simplemente diciéndome con el pensamiento lo que debo hacer me es más fácil hacerlo bien.

71. Me es difícil saber lo que pasará si hago algo.
72. Es difícil que castigándome y pegándome consigan algo de mí.
73. Me cuesta cambiar mi manera de actuar, ya que me es difícil darme cuenta de cuándo hago algo incorrecto.
74. Suelo olvidarme de anotar los deberes de clase que tengo que hacer en casa.
75. Cuando digo o hago algo mal siempre pido disculpas.
76. Me gustaría ser un sabio para conocer por qué hago las cosas que preferiría evitar hacer.
77. Cuando tengo muchas cosas que hacer, me olvido de hacer una lista para recordarlas.
78. Normalmente ignoro el tiempo que estudio cada día.
79. Cuando me esfuerzo por algo, me es difícil saber si voy consiguiendo lo que quería.
80. A veces presumo delante de mis compañeros.
81. Cuando tengo mucha sed y es imposible beber en ese momento, solo pienso en las ganas que tengo de beber.
82. Me cuesta creer que hacer siempre lo que quiero puede perjudicarme.
83. Creo que uno tiene derecho a divertirse aunque no haya cumplido antes con sus obligaciones.
84. Hasta que termino con lo que tengo que hacer me es imposible disfrutar con mis diversiones.
85. Si hoy me pusiera un cartel para acordarme de hacer las cosas que me cuestan esfuerzo (por ejemplo, evitar enfadarme o chillar, dejar ordenada la habitación, et), sería la primera vez que lo hago.
86. Cuando hago algo bien, disfruto un rato por haberlo hecho.
87. Si he robado algo y me dicen “¿por qué lo has hecho?” Me quedo sin saber qué decir.
88. Las cosas suelen salirme al revés de cómo yo pensaba que saldrían.
89. Cuando dejo las tareas sin hacer, solo pienso en las cosas con que me estoy divirtiendo.



Apéndice 4. H S. Escala de Habilidades Sociales (B). (Gismero, 2002)

**INSTRUCCIONES**

Aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

- |   |
|---|
| <p>A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría</p> <p>B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra</p> <p>C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así</p> <p>D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos</p> |
|---|

Marque la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he encontrado, voy a la tienda a devolverlo.
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle “no”.
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna

- tontería.
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.
  13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.
  14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho colgarla.
  15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé como negarme.
  16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.
  17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.
  18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.
  19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.
  20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.
  21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.
  22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.
  23. Nunca sé cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.
  24. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.
  25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.
  26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.
  27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.
  28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.
  29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc).

30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no quiero pero que me llama varias veces.

**COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**





Apéndice 5. A F A Auto concepto Forma A (Musitu, García y Gutiérrez, 1991)

Es este cuestionario no existen preguntas correctas o incorrectas, NO ES UN EXAMEN. Tan solo queremos conocer tu opinión. Te pedimos por ello que leas las preguntas detenidamente antes de contestar.

A continuación encontraras una serie de frases. Lee cada una de ellas con detenimiento y señala la contestación que tú creas más apropiada.

- A. Significa que sucede SIEMPRE
- B. Significa que sucede ALGUNAS VECES
- C. Significa que NUNCA sucede

Ejemplo

En la pregunta:

si marcas:

tu contestas

Soy simpático

**A** B C

A **B** C

A B **C**

Siempre soy simpático

Algunas veces soy simpático

Nunca soy simpático

1. Es difícil para mí mantener los amigos (as).
2. Me pongo nervioso (a) cuando me llama algún profesor(a).
3. Digo la verdad aunque me perjudique.
4. Tengo buenas ideas.
5. Mi familia me considera alguien importante.
6. Cuando me porto mal en clase, me siento disgustado(a).
7. Me desanimo cuando algo me sale mal.
8. Hago bien los trabajos escolares.
9. Me avergüenzo de muchas cosas que hago.
10. Puedo dibujar bien.
11. Soy lento(a) en terminar trabajos escolares.
12. Soy nervioso(a).
13. Me pongo nervioso(a) cuando hablo en clase.
14. Hago cosas a mano muy bien.
15. Me preocupo mucho por todo.

16. Me gusta mi forma de ser.
17. Con frecuencia soy voluntario(a) en la escuela.
18. Duermo bien por la noche.
19. Detesto la escuela.
20. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador (a).
21. Tengo muchos amigos(a).
22. Soy un (a) chico(a) alegre.
23. Soy torpe en muchas cosas.
24. Me gustan las peleas y las riñas.
25. La gente me tiene manía.
26. Mi familia esta decepcionada de mi.
27. Soy criticado(a) en casa.
28. Olvido pronto lo que aprendo.
29. Consigo fácilmente amigos(as).
30. Pierdo mi paciencia fácilmente.
31. Trabajo mucho en clase.
32. Juego con mis compañeros(as).
33. Tengo miedo de algunas cosas.
34. Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo.
35. Soy violento(a) con mis amigos (as) y familiares.
36. Soy honrado(a) con los demás y conmigo mismo(a).

Apéndice 6. A-D. Cuestionario de conductas antisociales-delictivas (Seisdedos, 1995)

Encontrará una serie de frases sobre cosas que las personas hacen alguna vez; es probable que usted haya hecho algunas de esas cosas. Lea cada frase y señale el SI, si usted ha hecho lo que dice en la frase; señale el NO en el caso contrario.

Sus respuestas van a ser tratadas confidencialmente; por eso se le pide que conteste con sinceridad. Procure no dejar frases sin contestar; decídase por el SI o por el NO

Conteste SI o NO a las frases siguientes

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo.
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio).
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía).
4. Ensuciar las calles /aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura.
5. Decir groserías o palabras fuertes.
6. Molestar a personas desconocidas o hacer daños en lugares públicos.
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión.
8. Hacer trampas (en examen, competición importante, información de resultados).
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o cubo).
10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa, etc).
11. Coger fruta en un jardín /huerto que pertenece a otra persona.
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona.
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse.
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación).
15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín.
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo.
17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc).
18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo o calle).

19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa).
20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas).
21. Pertenecer a una pandilla que arma desorden, se mete en peleas o crea disturbios.
22. Coger el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse.
23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco.
24. Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo.
25. Robar cosas de los coches.
26. Llevar algún arma (cuchillo/navaja) por si es necesaria en una pelea.
27. Planear de antemano entrar en un casa/chalet/etc. para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede).
28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella.
29. Forcejear o pelear para escapar de un policía.
30. Robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio) por valor de más de \$ 10.000.
31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc., estando abiertos.
32. Entrar en una casa/piso/etc. y robar algo (sin haberlo planeado antes).
33. Robar materiales o herramientas a gente que esta trabajando.
34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede.
35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragamonedas, teléfono público, etc.).
36. Robar ropa de un tendero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en un gancho.
37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles.
38. Tomar drogas.
39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos.
40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas.

### Instrucciones

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el cero (**A**) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (**B**) si la ha tenido un poco presente; el dos (**C**) si la ha tenido moderadamente; el tres (**D**) si la ha tenido bastante y el cuatro (**E**) si la ha tenido mucho o extremadamente.

<b>A:</b> si no ha tenido esa molestia en absoluto	<b>B:</b> si la ha tenido un poco presente	<b>C:</b> si la ha tenido moderadamente	<b>D :</b> si la ha tenido bastante	<b>E :</b> si la ha tenido mucho o extremadamente
---	--	--	--	---

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo o agitación interior.
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.
4. Sensaciones de desmayo o mareo.
5. Pérdida de deseo o de placer sexual.
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas.
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.
9. La dificultad para recordar las cosas.
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.
11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado.
12. Dolores en el corazón o en el pecho.
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.
14. Sentirse bajo de energías o decaído.
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.
16. Oír voces que otras personas no oyen.

17. Temblores.
18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente.
19. Falta de apetito.
20. Llorar fácilmente.
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.
23. Tener miedo de repente y sin razón.
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.
25. Miedo a salir de casa solo.
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.
27. Dolores en la parte baja de la espalda.
28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.
29. Sentirse solo.
30. Sentirse triste.
31. Preocuparse demasiado por todo.
32. No sentir interés por nada.
33. Sentirse temeroso.
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que esta pensando.
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.
40. Náuseas o malestar en el estómago.

41. Sentirse inferior a los demás.
42. Dolores musculares.
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.
44. Dificultad para conciliar el sueño.
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.
46. Dificultad en tomar decisiones.
47. Sentir temor de viajar en carro, autobuses, metros o trenes.
48. Ahogos o dificultad para respirar.
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente.
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.
51. Que se le quede la mente en blanco.
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.
53. Sentir un nudo en la garganta.
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.
55. Tener dificultades para concentrarse.
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.
57. Sentirse tenso o con los nervios de punta.
58. Pesadez en los brazos o en las piernas.
59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.
60. El comer demasiado.
61. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.
62. Tener pensamientos que no son suyos.
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.
64. Despertarse de madrugada.
65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse).

66. Sueño inquieto o perturbado.
67. Tener ganas de romper o estrellar algo.
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.
70. Sentirse incomodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.
72. Ataques de terror o pánico.
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.
74. Tener discusiones frecuentes.
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus meritos.
77. Sentirse solo aunque esté con más gente.
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.
79. La sensación de ser inútil o no valer nada.
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Tener miedo de desmayarse en público.
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera.
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.
88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.
89. Sentimientos de culpabilidad.



90. La idea de que algo anda mal en su mente.

**COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**



Apéndice 8. CCVSA. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los colombianos frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo. Le solicitamos responder individualmente según lo que usted hace y según lo que desearía hacer. Por favor, siga las instrucciones que encuentre a lo largo del cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración?

a) Del pene en la vagina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

b) Del pene en la boca? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

c) Del pene en el ano? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(Si respondió NO a TODAS las opciones anteriores, PARE. No responda más preguntas. Por favor espere a que la persona encargada recoja el cuestionario. Gracias por su colaboración)

2. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene? (en las casillas escriba el número de años):

A los \_\_\_\_\_ años

3. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja uso condón? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Si respondió NO, pase a la pregunta 7**

6. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?  
Todas las veces \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Ninguna vez \_\_\_\_\_

7. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Si respondió NO, pase a la pregunta 9**

8. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?  
Todas las veces \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Ninguna vez \_\_\_\_\_

9. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Si respondió NO, pase a la pregunta 11**

10. ¿En este tipo de penetración usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Ninguna vez \_\_\_\_\_

11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (Marque una sola respuesta).
- Solo con la misma persona (si contestó esta opción pase a la pregunta 13)
  - Con más de una persona (si contestó esta opción pase a la pregunta 12)
12. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (en las casillas escriba el número correspondiente). \_\_\_\_\_ personas diferentes.
13. ¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido? (marque una sola respuesta).
- Solo con persona (s) de SU MISMO sexo
  - Sólo con persona (s) del OTRO sexo
  - Con persona (s) de AMBOS sexos
14. ¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Si respondió NO, pase a la pregunta 16**
15. ¿Por qué no uso condón en esa relación? (marque una o más opciones).
- Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo
  - Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo.
  - Porque le resultó difícil hablar del uso del condón
  - Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación
  - Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona
  - Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas
  - Porque era difícil conseguirlo en ese momento
  - Por el afán del momento
  - Porque no sabe usar el condón.
16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto del alguna de las siguientes sustancias? (Respuesta SI o NO para cada una de las posibilidades).
- |                           |          |          |
|---------------------------|----------|----------|
| a. Licor                  | Si _____ | No _____ |
| b. Cocaína                | Si _____ | No _____ |
| c. Marihuana              | Si _____ | No _____ |
| d. Basuco                 | Si _____ | No _____ |
| e. Tranquilizantes        | Si _____ | No _____ |
| f. Pastillas alucinógenas | Si _____ | No _____ |
| g. Heroína                | Si _____ | No _____ |
| h. Pegante o inhalantes   | Si _____ | No _____ |
17. ¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA? (responda SI o NO para cada una de las posibilidades)
- Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona Si \_\_\_ No \_\_\_
  - Usar condón Si \_\_\_ No \_\_\_
  - Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus. Si \_\_\_ No \_\_\_
  - Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección. Si \_\_\_ No \_\_\_

18. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA? Si \_\_\_ No\_\_\_ **Si respondió NO pase a la pregunta 20**
19. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen? Si \_\_\_ No\_\_\_
20. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.? Si \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_\_\_
21. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual? (puede marcar una o más opciones)
- Nada
  - Consultó en una farmacia, droguería o botica
  - Consultó a un médico (profesional de la salud)
  - Consultó a un amigo, vecino o conocido
  - Se autorrecetó o formuló

**COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**

**Muchas gracias por su colaboración. Sus respuestas serán manejadas con un total anonimato**



Apéndice 9. Escala de Búsqueda de sensaciones Forma V (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978)

### INSTRUCCIONES

Cada uno de los ítems contiene dos formas A y B. Por favor, indique en la Hoja de respuestas cual de las dos formas describe más sus gustos o sentimientos.

Puede encontrar ítems que, en sus dos formas A y B, describan sus gustos o sentimientos. Elija, en este caso, el que mejor describa sus preferencias.

En otros casos puede encontrar ítems que en ninguna de las dos formas, le guste. En esos casos, marque la respuesta que le disguste menos. Por favor, no deje ningún ítem en blanco.

Es importante que responda a todos los ítems con una sola forma, A o B. No hay respuestas correctas o incorrectas como en otras clases de tests.

1. A Me gustan las fiestas divertidas y desinhibidas  
B Prefiero las fiestas tranquilas, con una buena conversación
2. A Hay algunas películas que disfruto viéndolas por segunda vez e incluso, por tercera.  
B No puedo aguantar ver una película que ya he visto antes
3. A A veces, desearía haber sido un escalador-a  
B No puedo entender a la gente que arriesga su vida escalando montañas
4. A Me disgustan todos los olores del cuerpo  
B Me gustan algunos olores fuertes del cuerpo
5. A Me aburre ver siempre las mismas caras  
B Me gusta ver todos los días a mis amigos
6. A Me gusta explorar una ciudad extraña por mi mismo-a; incluso llegar a perderme  
B Prefiero un guía cuando estoy en un sitio que no conozco muy bien
7. A Me disgusta la gente que hace o dice cosas para impresionar o perturbar a otros  
B Cuando tu puedes predecir casi todo lo que una persona hará o dirá, esta persona debe ser aburrida
8. A Generalmente no disfruto con una película u obra de teatro donde puedo predecir de antemano lo que va a suceder.  
B No me importa ver una película u obra de teatro donde puedo predecir de antemano lo que va a suceder
9. A He probado la marihuana, o me gustaría hacerlo.

- B No probaría la marihuana
- 10** A No me gustaría probar ninguna droga que me produjera efectos extraños y peligrosos  
B Me gustaría probar alguna droga nueva que me produjera alucinaciones
- 11** A Una persona sensata evita actividades que son peligrosas  
B A veces me gusta hacer cosas que son un poco peligrosas
- 12** A Me disgustan los que practican el “intercambio de pareja”  
B Disfruto en la compañía de los que practican el “intercambio de pareja”
- 13** A He notado que los estimulantes me hacen sentirme incomodo-a  
B A menudo me gustaría “colocarme” (bebiendo licor o fumando marihuana)
- 14** A Me gustaría probar comidas nuevas que nunca he probado antes  
B Pido comidas con las que estoy familiarizado para evitar un chasco o algo desagradable
- 15** A Disfruto viendo películas familiares de alguien o diapositivas de viajes  
B Me aburre tremendamente ver películas familiares o diapositivas de viajes en casa de alguien
- 16** A Me gustaría dedicarme al sky acuático  
B No me gustaría dedicarme al sky acuático
- 17** A Me gustaría practicar el “surf”  
B No me gustaría practicar el “Surf”
- 18** A Me gustaría hacer un viaje no planeado, sin ruta definida y sin horario  
B Cuando voy hacer un viaje me gusta planear mi ruta y el horario cuidadosamente
- 19** A Prefiero a la gente sensata como amigos  
B Prefiero hacer amigos en grupos marginales como artistas o “hippies”
- 20** A No me gustaría aprender a volar en avión  
B Me gustaría aprender a volar en avión
- 21** A Prefiero la superficie del agua a las profundidades  
B Me gusta bucear
- 22** A Me gustaría encontrarme algunas personas homosexuales (hombres o mujeres)  
B Evito a la gente que sospecho que son de la “acera de enfrente”
- 23** A Me gustaría intentar practicar paracaidismo  
B No me gustaría, de ninguna manera, saltar de un avión
- 24** A Prefiero los amigos que son impredecibles  
B Prefiero los amigos que son formales y previsibles



- 25** A No estoy interesado-a en la experiencia por la experiencia  
B Me gustaría tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones aunque sean un poco peligrosas, fuera de lo corriente o ilegales
- 26** A La esencia del buen arte es la claridad, simetría de la forma y la armonía de los colores  
B A menudo me gusta el contraste de los colores y formas irregulares de las pinturas modernas
- 27** A Disfruto pasando tiempo en familia  
B Me encuentro inquieto si tengo que pasar en casa mucho tiempo
- 28** A Me gusta tirarme desde el trampolín  
B No me gusta estar de pie en el trampolín (o estar cerca de él)
- 29** A Me gusta citarme con personas del sexo opuesto que son físicamente excitantes  
B Me gusta citarme con personas del sexo opuesto que comparten mis valores
- 30** A Las bebidas fuertes normalmente arruinan una fiesta, porque algunas personas se ponen agresivas y pesadas  
B Mantener las copas llenas es la clave para una buena fiesta
- 31** A La peor falta social es ser grosero  
B La peor falta social es ser aburrido
- 32** A Una persona debería tener una considerable experiencia sexual antes del matrimonio  
B Lo mejor es que la relación sexual comience en el matrimonio
- 33** A Aunque yo tuviera dinero no me molestaría en relacionarme con personas de la alta sociedad  
B Podría imaginarme a mi mismo-a buscando placeres alrededor del mundo, con la alta sociedad.
- 34** A Me gusta la gente que es aguda y astuta, aunque algunas veces insulten a otros  
B Me disgusta la gente que hace gracias dañando los sentimientos de los demás
- 35** A Hay demasiada propaganda de sexo en el cine  
B Me divierte ver muchas de las escenas de sexo en el cine
- 36** A Me encuentro mejor después de un par de copas  
B Algo le va mal a la gente que necesita tomar licor para sentirse mejor
- 37** A La gente debería vestir conforme a algunos estilos  
B La gente debería vestir de formas distintas, aunque los efectos sean algunas veces extraños

- 38** A Navegar largas distancias en barcos pequeños es cosas de locos  
B Me gustaría navegar a larga distancia en un barco pequeño pero seguro.
- 39** A No tengo paciencia con paciencia con gente molesta o aburrida  
B Encuentro algo interesante con las personas con quienes hablo
- 40** A Esquiar deprisa por la pendiente de una montaña, es una buena forma de acabar con muletas  
B Pienso que me gustaría tener una sensación de esquiar muy deprisa por una pendiente.

COMPRUEBA QUE NO HAS DEJADO NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR

