

Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia¹

Social support and sexual risk behaviors among diagnosed and undiagnosed HIV / AIDS adolescents in Cali, Colombia

Soutien social et conduites à risque chez adolescents diagnostiqués et non diagnostiqués porteurs du VIH/SIDA à Cali-Colombie

Linda Teresa Orcasita Pineda

Psicóloga -Joven Investigadora Colciencias
Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica
Pontificia Universidad Javeriana Cali - Colombia
Correo: ltorcasita@javerianacali.edu.co

Adriana Peralta Díaz

Psicóloga
Pontificia Universidad Javeriana Cali - Colombia
Correo: aperalta@javerianacali.edu.co

Laura Valderrama Orbegozo

Psicóloga - Clínica VIH/Pediátrico
Pontificia Universidad Javeriana Cali - Colombia
Correo: ljvalderrama@javerianacali.edu.co

Ph. D. Ana Fernanda Uribe Rodríguez

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud
Decana de la Facultad de Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga
Correo ana.uribe@gmail.com

¹ Investigación apoyada por el Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica (Categoría A en Colciencias) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Línea Ciclo Vital Humano, Riesgo y Socialización.

Tipo de artículo: Investigación científica y tecnológica
Recepción: 2010-03-11
Revisión: 2010-08-20
Aprobación: 2010-08-31

Contenido

1. Introducción
2. Metodología
3. Resultados
4. Discusión
5. Conclusiones
6. Lista de referencias

Resumen

La presente investigación relaciona el apoyo social con las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en dos grupos de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en la ciudad de Cali, Colombia. Se realizó un muestreo aleatorio, conformado por 20 adolescentes, con edades comprendidas entre los 17 y 19 años. Es una investigación de carácter no experimental de tipo descriptivo. La información se recogió mediante la aplicación del cuestionario MOS de apoyo social y el APGAR II que miden el apoyo social a nivel instrumental, emocional y afectivo; la adaptación colombiana de la Escala VIH-65 y el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa, y las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA. Los resultados muestran que se presentan diferentes conductas de riesgo en los adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA, y ausencia de apoyo social en algunos de ellos. Como conclusión, se resalta la importancia de que en los programas de intervención se incluya la variable apoyo social como factor de protección para las conductas de riesgo que se pueden presentar durante la adolescencia.

Palabras clave

Adolescencia, Apoyo social, Conductas de riesgo, VIH/SIDA.

Abstract

This descriptive and non-experimental research relates social support to risk behaviors towards HIV / AIDS of two diagnosed and undiagnosed HIV / AIDS adolescent groups in Cali, Colombia. A random sampling of 20 adolescents, aged between 17 and 19 years. For study purposes researchers used MOS social support questionnaire and Apgar II, to measure social support, in an instrumental, emotional, and affective level.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

Also it was used the HIV-65 Colombian adaptation scale and the confidential sexual activity questionnaire, to measure risk behaviors towards HIV / AIDS. The researchers found in the results different risk behaviors in both groups and lack of social support in one of them (diagnosed HIV / AIDS adolescent group). They conclude that social support is a protective factor towards risky behaviors in adolescence that must be included in all intervention programs towards HIV / AIDS. The study highlights the importance of strengthening the support networks of adolescents.

Key Words

Adolescence, Social support, Risk behaviors, HIV/AIDS.

Résumé

Cette recherche met en relation le soutien social avec les conduits à risque devant le VIH/SIDA à Cali, Colombie. On a fait un échantillonnage aléatoire, avec 20 adolescents, âgés entre 17 et 19 ans. La recherche est de nature non expérimental de type descriptif. L'information a été collecté au moyen de l'application du questionnaire Mos de soutien social et le Apgar II qui mesurent le soutien social à niveau instrumental, émotionnel et affectif ; l'adaptation colombienne de l'échelle VIH-65 et le Questionnaire Confidential sur la Vie Sexuelle Active, et les conduites à risque devant le VIH/Sida. Les résultats nous montrent qui il y a différent conduits à risque chez les adolescents non diagnostiqués et diagnostiqués porteurs du VIH/sida, et absence de soutien social chez certains d'entre eux. En guise de conclusion, on souligne l'importance que dans les programmes d'intervention devient inclus la variable soutien social comme facteur de protection pour les conduites à risque qui peuvent se passer pendant l'adolescence.

Mots-clés

Adolescence, Soutien Sociale, Conduites à risque, VIH/SIDA

1. Introducción

La etapa de la adolescencia implica una serie de cambios en diversas áreas de funcionamiento a nivel biológico, físico, emocional y social. Debido a todo lo que implica el paso de la niñez a la adultez, esta población puede presentar mayor vulnerabilidad a presentar comportamientos de riesgo que facilitan la infección por VIH/SIDA. En algunos de los estudios revisados se encuentra que en la etapa de la adolescencia hay mayor vulnerabilidad y prevalencia para adoptar comportamientos de alto riesgo (Alsinet, Pérez y Agulló, 2003; Espada, Quiles y Méndez, 2003; Piña, 2004; Piña y Urquidi,

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

2004; ONUSIDA, 2006a, Uribe y Orcasita, 2009; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara, 2009).

Así mismo, durante esta etapa las interacciones con amigos, compañeros y pareja, pueden convertirse en un aspecto positivo que influye no solo en el bienestar psicológico del adolescente, sino que también se instauran como fuentes de apoyo social, lo cual puede constituirse en una herramienta para que el adolescente pueda afrontar los cambios que surgen durante esta etapa y prevenir los riesgos de incurrir en comportamientos que atenten contra su salud sexual y reproductiva.

Por lo tanto, al hacer referencia al apoyo social, se tienen en cuenta las funciones que este cumple a nivel emocional, instrumental e informacional, supliendo así en las personas las necesidades de cuidado, apego, asistencia material y consejo o guía, entre otros (Aron, Nitsche y Rosenbluth, 1995). Esta investigación se realizó teniendo en cuenta el aumento considerable de nuevas infecciones por VIH en nuestro país, en donde niños y jóvenes muestran uno de los índices más altos, representando el 40% de las nuevas infecciones, en relación con otros grupos de edades (ONUSIDA, 2006b).

En los planteamientos de la política nacional de salud sexual y reproductiva desarrollada en Colombia, se afirma la necesidad de identificar las redes sociales de apoyo de los/las adolescentes que existen en las diferentes comunas y/o localidades y en las instituciones escolares, entre otros, para ofrecerles programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, con el fin de posicionar entre la población adolescente el papel que pueden cumplir las redes sociales de apoyo en la promoción de acciones de autocuidado personal y colectivo.

Específicamente en Colombia los estudios resaltan que los adolescentes inician relaciones a temprana edad y adoptan diversos comportamientos de riesgo como escaso uso del preservativo y de métodos anticonceptivos. Los autores enfatizan que esto puede ser causa de la percepción de invulnerabilidad y riesgo que tienen los adolescentes, sumado a los conocimientos insuficientes en los temas de salud sexual y reproductiva; también señalan que dentro de los factores que influyen en la adopción de estos comportamientos está el bajo nivel de comunicación familiar y la supervisión de los padres (Navarro y Vargas, 2005; Vásquez, et al. 2005; y Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil y Ballester, 2007).

Es importante mencionar que por naturaleza el ser humano busca la compañía de otras personas, lo cual resulta fundamental para la salud, el ajuste y el bienestar del hombre, permitiendo que se establezca un tipo de apoyo social que empieza con el nacimiento y continúa presente a lo largo del ciclo vital (Gracia, 1997; Madariaga, Abello y Sierra, 2003). De esta forma, el apoyo social puede resultar beneficioso en situaciones tensionantes o estresantes, ya que podría favorecer a los adolescentes, quienes transitan por un periodo de diversos cambios a los cuales se enfrentan con temores e incertidumbre, convirtiéndose así en una población vulnerable y en riesgo de adoptar conductas que atentan contra su propia integridad (Stassen, 1997; Orcasita y Uribe, 2010).

El apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, puesto que responde a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso evolutivo y del desarrollo en cada sujeto. De acuerdo con Cumsille y Martínez (1994), diversas investigaciones realizadas coinciden en que los sucesos estresantes que se experimentan contribuyen en gran medida al surgimiento de diversos problemas relacionados con la salud mental y física tanto en adultos como en niños y jóvenes. Cassel (1976) ha sido considerado el iniciador de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social. Este autor señala que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. Gómez, et al. (2001) planteó por primera vez las funciones del apoyo social, caracterizándolas por aportar al individuo retroalimentación, validación y dominio sobre su entorno.

El apoyo social inicia antes del nacimiento, posteriormente se consolida a partir de las interacciones con las figuras parentales y se extiende a través del ciclo de vida cuando se establecen relaciones con la familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo entre otros. La percepción que tienen los seres humanos de ser amados, valorados y estimados se constituye en beneficios obtenidos del apoyo social. Actualmente existen diversas conceptualizaciones del apoyo social, tanto desde su perspectiva teórica como empírica. Esto debido a las diferentes perspectivas desde las cuales los autores abordan el concepto, por lo que ha sido difícil llegar a un consenso.

Dentro de las diferentes conceptualizaciones, en la presente investigación se entenderá por apoyo social "un constructo multidimensional con distintas categorías siendo las principales la provisión de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informacional" (Barrón, 1992, p. 223). Esta definición

abarca beneficios reales o percibidos, aportados por la comunidad, amigos íntimos, familiares, etc. Aron, et al. (1995) señalan las diversas funciones de apoyo social, que fundamentalmente están agrupadas en tres: apoyo emocional que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; apoyo instrumental que se representa en la prestación de ayuda o asistencia material; y por último, el apoyo informacional, implica consejo, guía o información relevante a la situación.

En definitiva, la importancia de contar con apoyo social radica en que no solo permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente al bienestar psicológico (Toledo et al., 2000). Con respecto a los beneficios del apoyo social las investigaciones teóricas y empíricas han encontrado que este tiene diversos efectos positivos con respecto a la salud y bienestar de los individuos (Uribe y Orcasita, 2010; Orcasita, Peralta y Valderrama, 2009). Diversos estudios señalan cómo este apoyo resulta ser de gran beneficio para el ajuste, salud y bienestar de personas enfermas, ya que les permite una mayor adaptación a la situación y le brinda recursos efectivos para su afrontamiento (Gracia, 1999; Matud, et al., 2002; Roure, et al., 2002; Rizo, et al., 2002; Villa y Vinaccia, 2006).

Cumsille y Martínez (1994) resaltan que durante la adolescencia los sistemas de apoyo social sufren cambios importantes, debido a que las relaciones que establece el adolescente se extienden más allá de la familia, dando cabida a los amigos, compañeros de colegio, pareja, etc. Es decir, se establecen nuevas fuentes de apoyo social. Sin embargo, aunque el sistema de apoyo social del adolescente se expande, el papel que juega la familia en este periodo de transición de la niñez a la adultez demuestra que existe una relación significativa entre el ambiente familiar percibido y el funcionamiento psicológico del adolescente.

De acuerdo con las revisiones de investigaciones realizadas en relación con el apoyo social en la adolescencia, Bravo y Fernández (2003); Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín (2005) y Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006), afirman sobre la necesidad de disponer de una buena red de apoyo social, ya que es fundamental para asegurar la capacidad de afrontamiento a los numerosos eventos que tendrán que superar los adolescentes durante esta etapa del ciclo de vida, ante todo el papel que desempeñan las familias. Los autores resaltan que las personas que perciben menos apoyo están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo.

Es necesario enfocar nuevas investigaciones que relacionen el apoyo social durante la etapa de la adolescencia, ya que se ha encontrado que la mayoría de investigaciones se han centrado en estudiar el apoyo social durante la adultez media y mayor relacionándola con variables como el estrés, estados emocionales, enfermedades crónicas, vejez. Teniendo en cuenta estos aspectos mencionados, la presente investigación hace énfasis en el apoyo social y las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en adolescentes, ya que tales relaciones podrían ser de gran importancia para fines de prevención y promoción en salud, así como para determinar las posibles diferencias entre adolescentes diagnosticados y no diagnosticados.

Existen diversas causas que pueden llevar a los adolescentes a adoptar conductas de riesgo frente a su salud sexual y reproductiva. Se presentan factores personales, biológicos, heredados, factores ambientales y sociales que afectan e influyen en generar dichos comportamientos (Orcasita, Uribe y Sanabria, 2009). En relación con las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, en términos generales, la adaptación psicológica a una enfermedad crónica depende de factores derivados de tres dimensiones: médicos (síntomas y evolución clínica), psicológicos (capacidad para enfrentar problemas, apoyo social y personalidad), y socioculturales (estigmatización social relacionada con la enfermedad y los sujetos infectados). La situación de encontrarse infectado por el VIH conduce a que el sujeto se vea limitado en los contactos sociales y sexuales autoimpuestos o recomendados por el médico. Por otro lado, la carga sociocultural del diagnóstico de VIH/SIDA puede tener diversos orígenes. El estigma social ocasionado por el temor a ser "contagiado", lo cual, en ocasiones conlleva a que las personas cercanas al afectado alteren su conducta hasta evitar el contacto físico y social. En este sentido, el paciente puede verse identificado con una minoría estigmatizada y discriminada por la sociedad. Los sujetos que padecen esta infección se encuentran vulnerables al rechazo y pueden guardar sentimientos de culpa generados por su preocupación de poner en peligro a otros (Muma, Lyons, Borucki y Pollard, 2000). Por ello, el apoyo social recibido por parte de instituciones y familia jugaría un papel fundamental, dada la necesidad de ayuda física y social en estas condiciones.

Con respecto a la relación entre VIH/SIDA y conductas de riesgo, ONUSIDA (2006b), plantea que el riesgo puede definirse en términos de la posibilidad que existe de que una persona pueda resultar infectada por el VIH. Por lo tanto, hay ciertas conductas que instauran, aumentan y perpetúan el riesgo.

Entre ellas se encuentran conductas tales como; las relaciones sexuales sin protección con una persona de quien se desconoce su estado con respecto al VIH; sostener relaciones sexuales con múltiples parejas simultáneas a largo plazo sin protección, y el consumo de drogas inyectables con agujas contaminadas. Al hablar de conductas de riesgo, es indispensable tener en cuenta la variable vulnerabilidad, puesto que ésta es el resultado de diversos elementos que constituyen la disminución de la capacidad de las personas para impedir ser infectados por el virus. Se hará mención entonces a tres factores: (a) factores personales, como falta de los conocimientos y aptitudes necesarios para protegerse y proteger a otros; (b) factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios, como inaccesibilidad debido a la distancia, costo y otros factores, y (c) factores sociales, como normas culturales y sociales, prácticas, creencias y leyes que estigmatizan e incapacitan a ciertas poblaciones y actúan como barreras para mensajes esenciales de prevención del VIH. La existencia de uno o más de estos factores puede constituirse como un indicador de la vulnerabilidad individual y consecuentemente de la vulnerabilidad colectiva de una población particular (ONUSIDA, 2006b).

Otros estudios muestran que existe gran variedad de conductas sexuales que son practicadas por la mayoría de los jóvenes adolescentes, aumentando el riesgo y la vulnerabilidad frente a la infección por VIH. De esta manera, los porcentajes más altos corresponden a la penetración vaginal (entre 68 y 83%), sexo oral (76%) e incluso el coito anal que es considerado de mayor riesgo de transmisión del VIH, con porcentajes entre el 11% y el 25% (Espada, et al., 2003). Para dar explicación a todos estos comportamientos de riesgo para la infección con VIH en la población adolescente, se tienen en cuenta dos modelos, el modelo de Bandura y el modelo PRECEDE.

Bandura (1994, citado por Espada, et al., 2003) propone un modelo socio-cognitivo en relación con la adquisición y mantenimiento de comportamientos de protección, según el cual, el comportamiento humano puede explicarse partiendo de tres aspectos fundamentales que se interrelacionan, modificándose entre sí. a) los determinantes personales: donde se incluyen aspectos afectivos, cognitivos y biológicos; b) la conducta y c) el ambiente. En este sentido, las conductas preventivas operan sobre estos tres elementos, teniendo en cuenta a su vez los siguientes factores: 1) información; 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol; 3)

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

potenciar la autoeficacia y 4) apoyo social, ya que al promoverlo se reafirman las modificaciones que los sujetos hacen en sus hábitos.

Otro modelo es el de PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge (1980, citados por Espada, et al., 2003), el cual "describe las variables que anteceden y suceden a las conductas de salud, agrupándolas en tres apartados: *variables predisponentes* relacionadas con valores, creencias, actitudes e información; *variables facilitadoras* que tienen que ver con las habilidades para llevar a cabo conductas preventivas, así como los recursos materiales; por último, las *variables reforzantes* se refieren a actitudes y comportamientos presentes en el medio (conductas saludables de amigos, pareja y familia)" (p. 32). Este modelo ha sido utilizado como un instrumento de diagnóstico y evaluación de los comportamientos de los adolescentes, debido a que las variables que lo componen permiten detectar los posibles riesgos.

Además de lo mencionado anteriormente existen otras variables fundamentales que pueden influir en los comportamientos frente al VIH/SIDA, entre las que se encuentran los *conocimientos* frente a la infección por el VIH/SIDA, éstos se constituyen como factores psicosociales que influyen en el riesgo de adquirir el virus (Uribe, Valderrama, Sanabria, Vergara y Orcasita, 2009). Algunos autores plantean que la importancia de identificar las ideas, conocimientos correctos y erróneos, radica en la posibilidad de disminuir las conductas de riesgo en la medida en que se adquieran conocimientos correctos y disminuyan los incorrectos (DiClemente, Crosby y Wingood, 2002).

El nivel de conocimiento correcto se constituye entonces como un factor de protección frente al VIH, sin embargo, diversos autores han llegado a la conclusión de que es un aspecto necesario pero no suficiente para la prevención del VIH/SIDA (Bayés, 1995; Díaz-Loving, 2001 citados por Uribe, 2005). Las actitudes son definidas por Fishbein y Ajzen (1975, citados por Uribe, 2005), como respuestas aprendidas que tienden a ser constantes, con relación a un objeto o situación y que pueden ser favorables o desfavorables. Con respecto a las actitudes frente al VIH/SIDA, en la mayoría de los casos se evalúan con respecto a personas diagnosticadas de VIH. De esta manera, se ha encontrado que los adolescentes tienen poca tolerancia frente a personas diagnosticadas en las instituciones educativas (Uribe, 2005; Uribe y Orcasita, 2009; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara, 2009).

Con referencia a la susceptibilidad, ONUSIDA (1999) establece que tiene relación con la percepción de riesgo que se tiene frente a la infección por el VIH/SIDA, es decir, la susceptibilidad que tiene una persona frente a los efectos negativos que puedan surgir a partir de realizar determinada conducta. En el caso de la población adolescente se suele asociar la susceptibilidad a una invulnerabilidad que éstos sienten en esta etapa de la vida, tendiendo a subvalorar el riesgo personal (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Por último, de acuerdo con Uribe (2005), la autoeficacia es considerada como una variable de interés, al traer beneficios relacionados con las estrategias de autocuidado. La autoeficacia se refiere a la percepción que tienen los individuos sobre su propia capacidad para controlar su conducta y el ambiente, siendo capaces de sobrepasar obstáculos que les impidan el logro (Bandura, 2001, citado por Uribe, 2005). La autoeficacia relacionada con las conductas de riesgo tendría que ver con la habilidad para no tener relaciones sexuales sin protección, comunicarse asertivamente con la pareja sexual, y la habilidad para la adquisición y el uso del preservativo (López Rosales, 1996 citado por Uribe, 2005).

Debido a los escasos estudios existentes en el país que relacionen específicamente estas dos variables (apoyo social y conductas de riesgo) en la población adolescente, los hallazgos de esta investigación podrían constituirse como base para futuras investigaciones que profundicen mucho más en esta problemática, que tiene como objetivo identificar las principales conductas de riesgo frente al VIH/Sida y las fuentes de apoyo social que se presentan en estos dos grupos de adolescentes, que se encuentran en la misma etapa pero con características diferentes (diagnosticados con VIH/SIDA y no diagnosticados).

2. Metodología

La investigación realizada es de carácter no experimental de tipo descriptivo (Montero y León, 2005, p. 119), hace referencia al apoyo social en relación con las conductas de riesgo en VIH/SIDA que los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados pueden adoptar. El trabajo estuvo guiado principalmente a realizar descripciones de estas variables (apoyo social, conductas de riesgo VIH/SIDA, adolescentes diagnosticados y no diagnosticados), por lo cual no se realizó ninguna manipulación de las mismas; es decir, no se construyó ninguna situación, sino que se describieron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador (León y Montero, 2003).

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

Participantes: se aplicó un cuestionario a 20 adolescentes. Un grupo de 10 adolescentes no diagnosticados con VIH/SIDA que se encuentran en un colegio público de la ciudad de Cali y el otro grupo de adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA pertenecen a dos programas de instituciones públicas de salud. Las edades promedio de los adolescentes no diagnosticados es de 17 años y la de los adolescentes diagnosticados es de 18 años. El 70% de los adolescentes no diagnosticados corresponde al sexo masculino y el 60% de los diagnosticados al sexo femenino. La muestra fue seleccionada por un muestreo aleatorio, al interior de las instituciones.

Herramientas: para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación se utilizaron 5 instrumentos que miden las variables de apoyo social, conductas de riesgo y redes sociales.

- Cuestionario general diseñado por Uribe Rodríguez, Bermúdez y Buela-Casal (Uribe, 2005), el cual recoge información específica de variables sociodemográficas. Asimismo, evalúa aspectos relacionados con la infección por el VIH/SIDA como las fuentes de información sobre la transmisión y las formas de prevención.
- Para medir las conductas de riesgo en VIH/SIDA se utilizó la Adaptación Colombiana de la Escala de VIH/ SIDA-65 de Paniagua (1998), realizada por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), la cual está constituida por 65 ítems que evalúan conocimiento correcto, ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA, actitudes negativas hacia personas con sida, actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/ SIDA, actitudes negativas hacia los preservativos, percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo sobre aspectos relacionados con la infección (Uribe, 2005). El análisis factorial de la adaptación colombiana de esta escala confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,79 para el instrumento (Buela-Casal y Uribe, 2005).
- Se utilizó también el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997, citado por Uribe, 2005), para obtener información acerca de la realización de determinadas conductas sexuales. Este cuestionario cuenta además con un análisis factorial realizado por Uribe (2005), que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,66 para el instrumento.

- Para medir el Apoyo Social se utilizó el Cuestionario MOS de Apoyo Social, el cual permite indagar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva 2) de interacción social positiva 3) instrumental; y 4) emocional/informacional. Tiene 20 ítems; el primero, encargado de investigar la red social, pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. Los ítems restantes tienen una evaluación mediante escala de tipo Likert puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre). La consistencia interna para la puntuación es alta (alfa=.97) y para las subescalas oscila entre .91 y .96. La fiabilidad test-retest es elevada (.78) (Sherboune y Stewart, 1991; De la Revilla y Bailón, 1994; De la Revilla, Bailón y Luna, 1991 citados por Martínez, et al., 2004).
- Finalmente, se utilizó el APGAR II que mide el tamaño, la composición de la red social y el tipo de relación afectiva que mantiene la persona con cada uno de los componentes de la red (De la Revilla y Bailón, 1994 citados por Martínez, et al., 2004). En Colombia, esta escala carece de una validación formal; no obstante, ha sido utilizada en algunos estudios por su validez de apariencia (Casillas, Arias y Herrera, 1998).

Procedimiento: primero se hizo el contacto con las instituciones públicas, se les presentaron los objetivos de la investigación a los representantes de las instituciones y se procedió a obtener los permisos y autorizaciones sugeridas por cada institución. En la institución educativa se enviaron los consentimientos informados para los padres de los menores de edad. En el caso de los adolescentes diagnosticados se hizo contacto directo entre la persona que manejaba el programa y el adolescente para la firma del consentimiento. Posteriormente en la institución educativa se estableció fecha y hora para la aplicación, las psicólogas encargadas explicaron detalladamente los objetivos de la investigación a los participantes y se procedió a la aplicación en un salón de clases. En ambos grupos se informó previamente sobre la confidencialidad y anonimato de la información que se obtuviera, a cada instrumento se le asignó un número de identificación que era conocido solo por el investigador, con el fin de poder dar un informe global por institución. Además, se les informó que su participación era totalmente voluntaria y que podrían dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento, por lo que previamente se firmó un consentimiento informado. La aplicación de los 5 instrumentos se dio en un único momento, con una duración de aproximadamente 45 minutos, para ambos grupos.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

Finalmente, los datos fueron analizados en el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 16.0 para *Windows*. Para los datos descriptivos se establecieron frecuencias y porcentajes, puntuaciones mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica.

3. Resultados

Con respecto a la distribución de la muestra según variables sociodemográficas (sexo, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y edad), se observó que el 35% de los adolescentes no diagnosticados corresponde al sexo masculino, mientras que el 30% de los diagnosticados pertenece al sexo femenino; lo cual implica diferencias en la distribución del sexo por grupo. La edad promedio de los adolescentes no diagnosticados es de 17 años y la de los adolescentes diagnosticados es de 18 años. En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró que el 80% de los adolescentes no diagnosticados ha cursado hasta grado once y el 60% de los diagnosticados se encuentra en este mismo nivel de escolaridad. En cuanto al estrato socioeconómico, se observa que el 70% de los adolescentes no diagnosticados son de estrato 3, mientras que el 70% de los adolescentes diagnosticados pertenecen al estrato socioeconómico 2; por lo tanto, la totalidad de la muestra se encuentra en promedio entre los estratos 2 y 3.

Análisis descriptivo

Conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA

Se realiza una descripción de las fuentes de información acerca de la transmisión del VIH/SIDA. Se encontró que el 100% de los adolescentes de la muestra han recibido información sobre transmisión del VIH/SIDA. Un 70% de los no diagnosticados manifestó informarse a través de programas de TV y charlas en el colegio, mientras un 50% de los diagnosticados lo hicieron por medio de amigos y conocidos (véase figura 1).

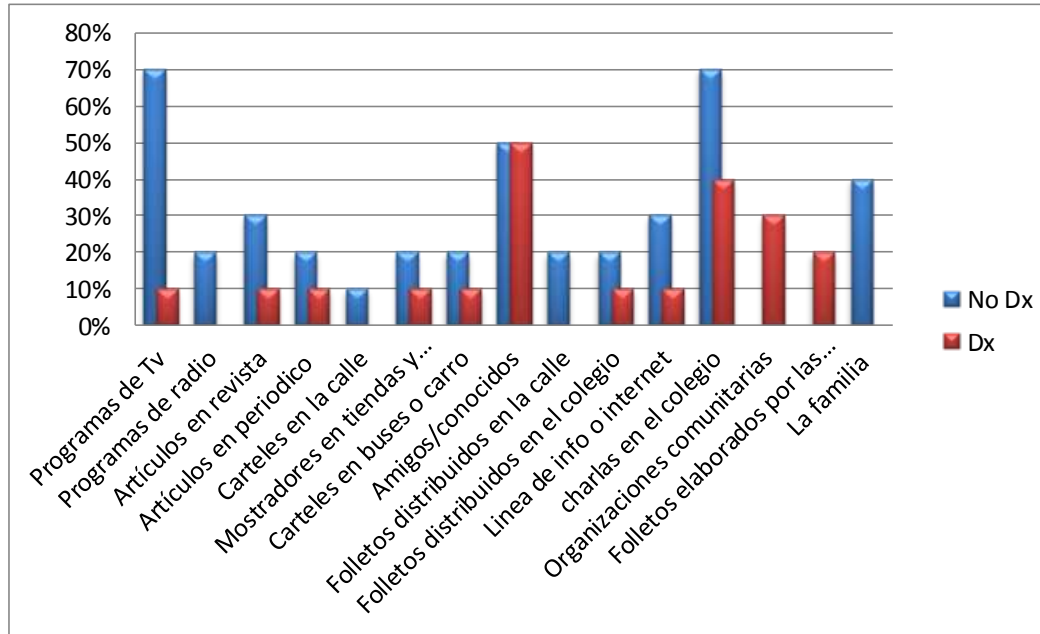


Figura 1. Distribución de las fuentes de información sobre la transmisión del VIH en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados.

Se encontró que el 90% de los adolescentes de la muestra han recibido información sobre prevención del VIH/SIDA. En cuanto a las fuentes de información donde han recibido dicha información se encontró que el 60% de los no diagnosticados lo ha visto en Programas de TV y charlas en el colegio, y un 50% de los Diagnosticados con Organizaciones Comunitarias (véase figura 2).

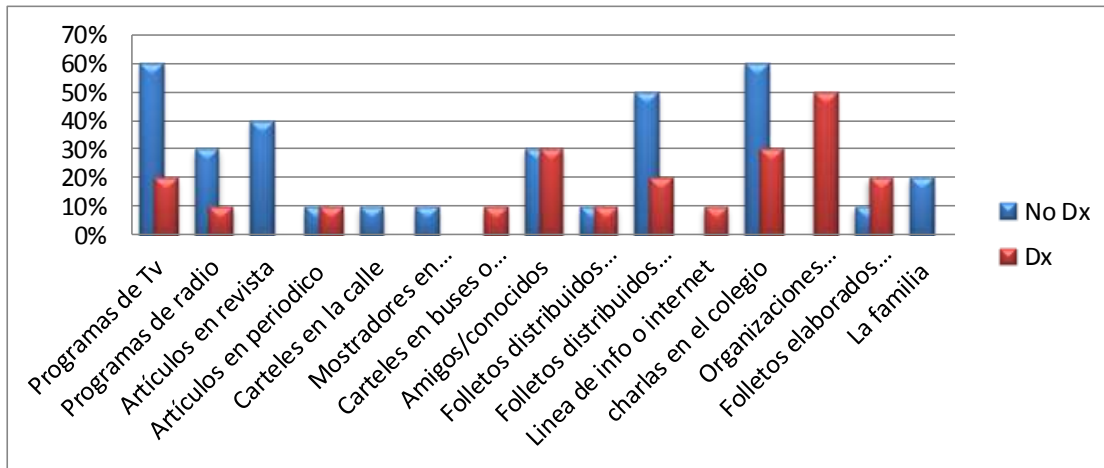


Figura 2. Distribución de las fuentes de información sobre la prevención del VIH en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados.

A continuación se presentan resultados referidos a los factores relacionados con las conductas de riesgo que sostienen los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA, de acuerdo con la Escala VIH/SIDA-65, la cual evalúa conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa y actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH. Se calcularon las puntuaciones mínima y máxima de cada una de las escalas, su media y su desviación típica (véase tabla 1). Se observa que hay diferencias mínimas entre la puntuación media obtenida por ambos grupos; sin embargo, se encuentra que en ambos grupos en general existen pocos conocimientos correctos y mayor nivel de conocimientos erróneos. Con respecto a las escalas de actitudes, susceptibilidad y autoeficacia, los puntajes obtenidos por ambos grupos son similares y se encuentran en un nivel medio, con respecto a los puntajes máximos.

Tabla 1. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas de la escala VIH-65 en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA.

Escala	No diagnosticados				Diagnosticados			
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Conocimiento correcto	20,0	30,0	23,6	3,7	20,0	33,00	24,8	4,6
Conocimiento erróneo	40,0	47,0	42,3	2,4	36,0	45,00	41,2	2,6
Actitud positiva	5,0	11,0	7,0	2,4	5,0	8,00	6,0	1,3
Actitud negativa	7,0	12,0	9,4	1,5	8,0	10,00	9,4	0,6
Actitud neutra	7,0	10,0	7,8	1,1	5,0	9,00	8,0	1,4
Susceptibilidad	7,0	10,0	8,3	0,9	8,0	9,00	8,2	0,4
Autoeficacia	5,0	11,0	7,1	1,8	5,0	11,00	7,1	2,2

Por su parte, según el análisis realizado del Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa, se encontró que prevalece la conducta sexual vaginal tanto en los adolescentes no diagnosticados (70%) como los diagnosticados (90%) con VIH/SIDA (Véase figuras 3 y 4). El 60% de los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados no han realizado la conducta sexual anal (Véase figuras 3 y 4).

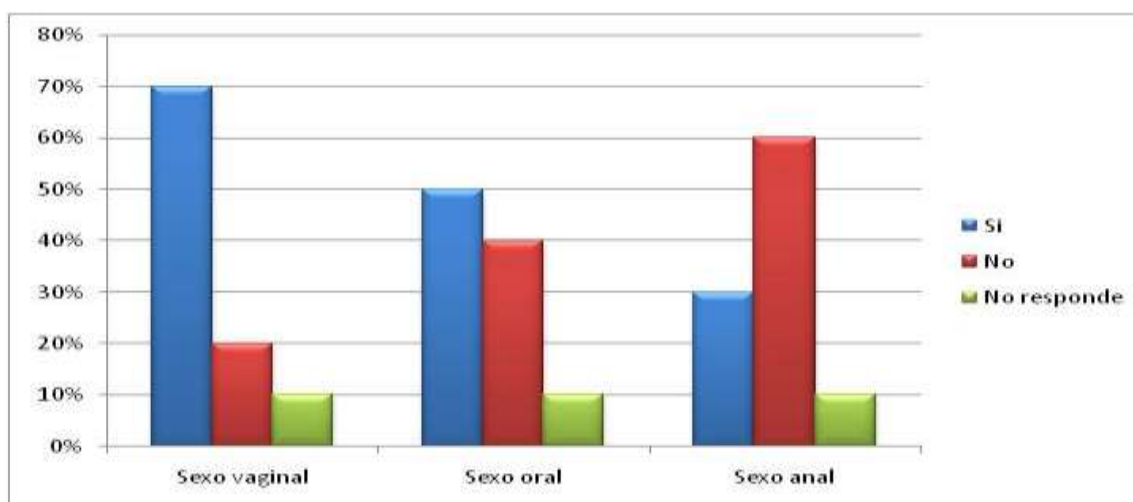


Figura 3. Distribución de los adolescentes no diagnosticados que han tenido relaciones sexuales con penetración del pene a la vagina, pene a la boca y del pene al ano.

“Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

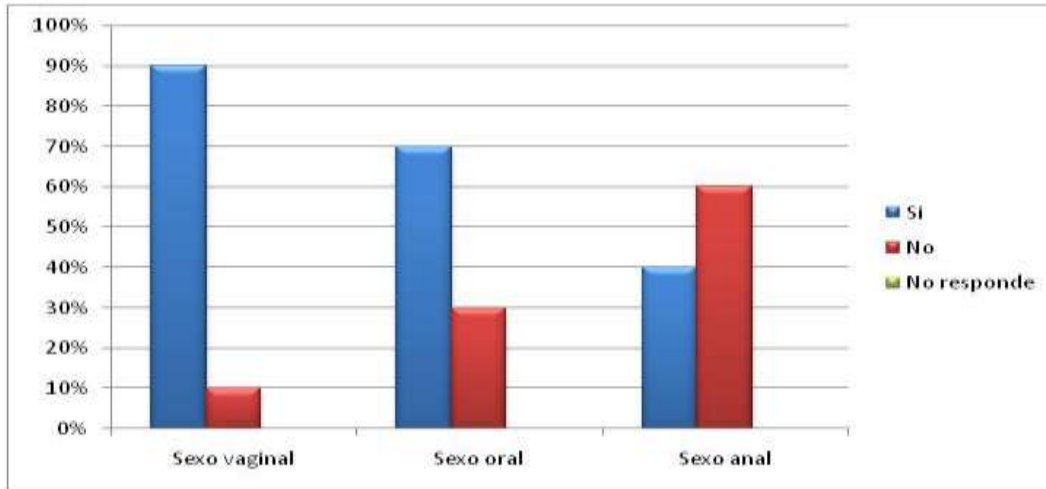


Figura 4. Distribución de los adolescentes diagnosticados que han tenido relaciones sexuales con penetración del pene a la vagina, pene a la boca y del pene al ano.

En la distribución de la muestra de acuerdo con la edad de inicio de relaciones sexuales, se encontró que el 40% de los adolescentes diagnosticados inició sus relaciones sexuales a los 14 años, mientras que el 30% de los no diagnosticados iniciaron a los 16 años (Véase figura 5). En general los promedios de inicio de relaciones sexuales en los no diagnosticados es a los 14 años y en los diagnosticados 13 años (tabla 2).

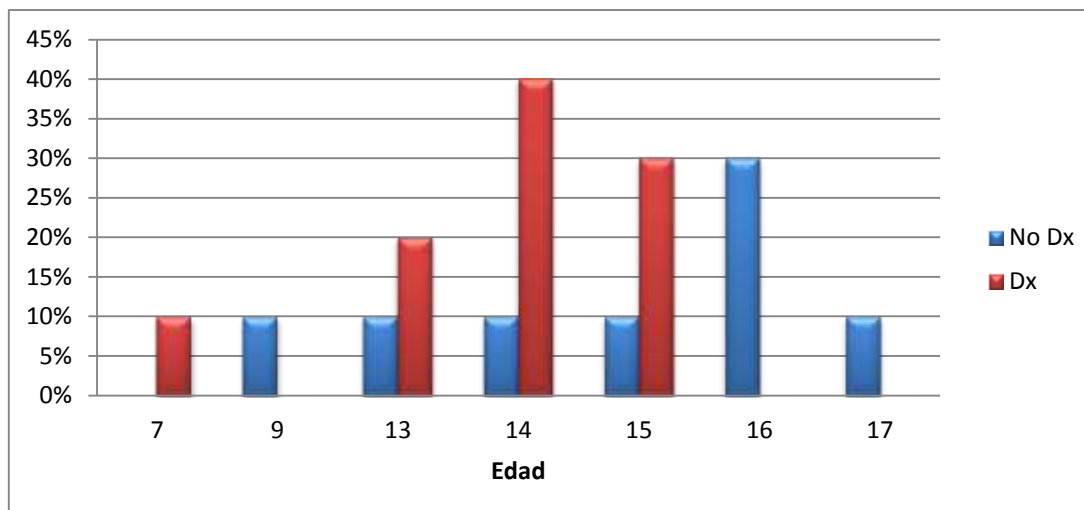


Figura 5. Distribución de la muestra de adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA, según la edad de inicio de relaciones sexuales.

Con respecto al uso del preservativo, se observa que el 50% de los adolescentes no diagnosticados no lo han utilizado en la conducta sexual vaginal, mientras que el 40% de los diagnosticados que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses si lo utilizan, además se encontró que el 60% de los adolescentes no diagnosticados y diagnosticados no han utilizado el preservativo en la conducta sexual oral (véanse figuras 6 y 7).

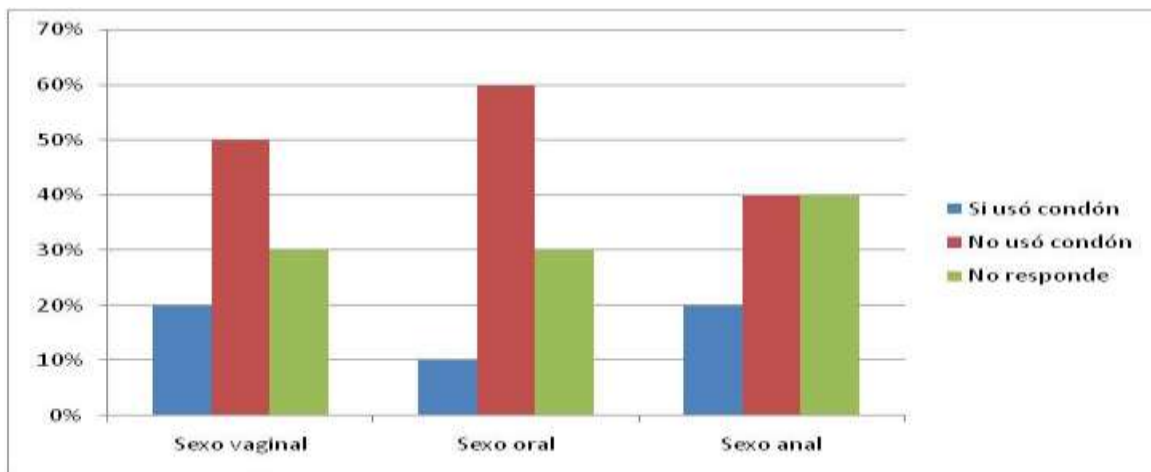


Figura 6. Distribución de la muestra de adolescentes no diagnosticados según el tipo de conducta sexual y uso del condón, durante los últimos 12 meses.

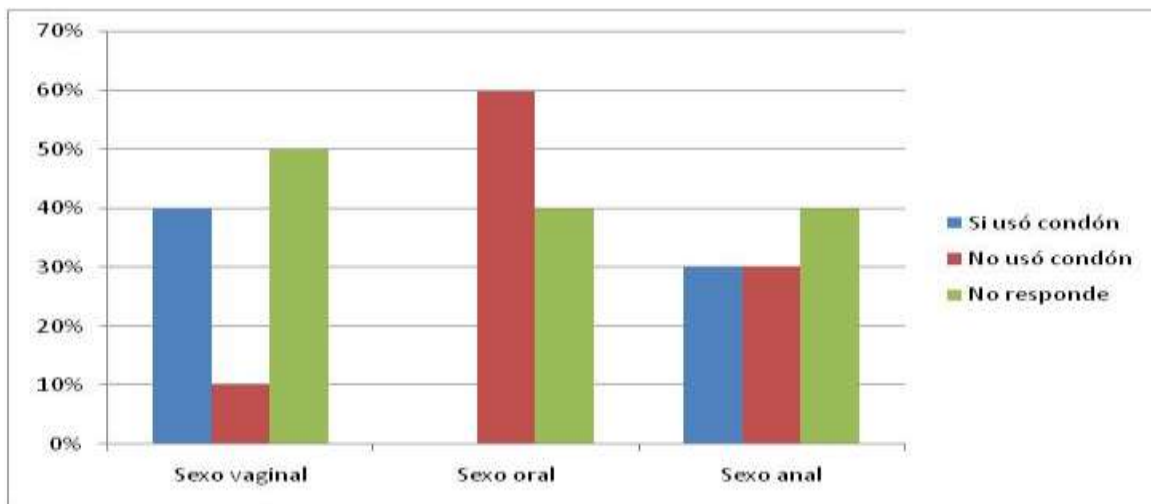


Figura 7. Distribución de la muestra de adolescentes diagnosticados, según el tipo de conducta sexual y uso del condón, durante los últimos 12 meses.

En cuanto al uso del condón durante la última relación sexual, el 60% de los adolescentes diagnosticados sí utilizaron el preservativo a diferencia de un 30% de adolescentes no diagnosticados, que usaron el preservativo (ver figura 8).

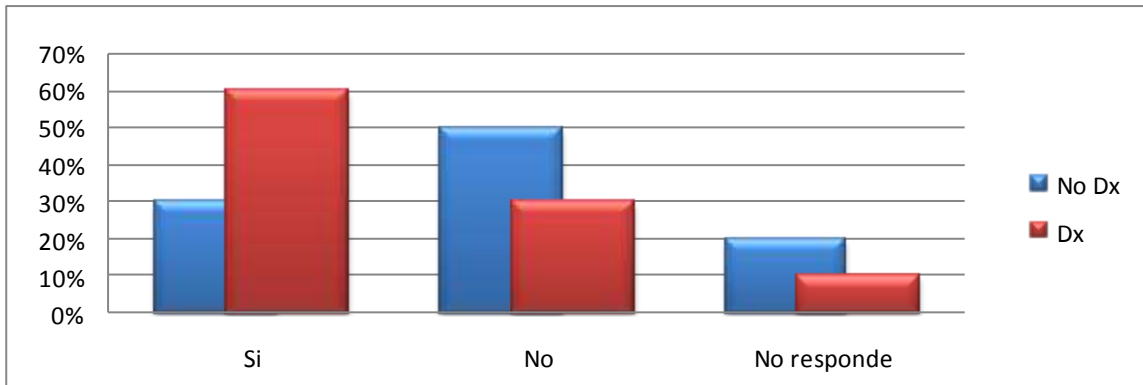


Figura 8. Distribución de la muestra de adolescentes según el uso del condón en la última relación sexual.

En relación con el número de parejas, se encontró que tanto en los adolescentes no diagnosticados (50%) como en los diagnosticados (40%), no han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Solo se encontró que un 10% de los adolescentes no diagnosticados ha tenido relaciones sexuales con 11 parejas diferentes (figura 9).

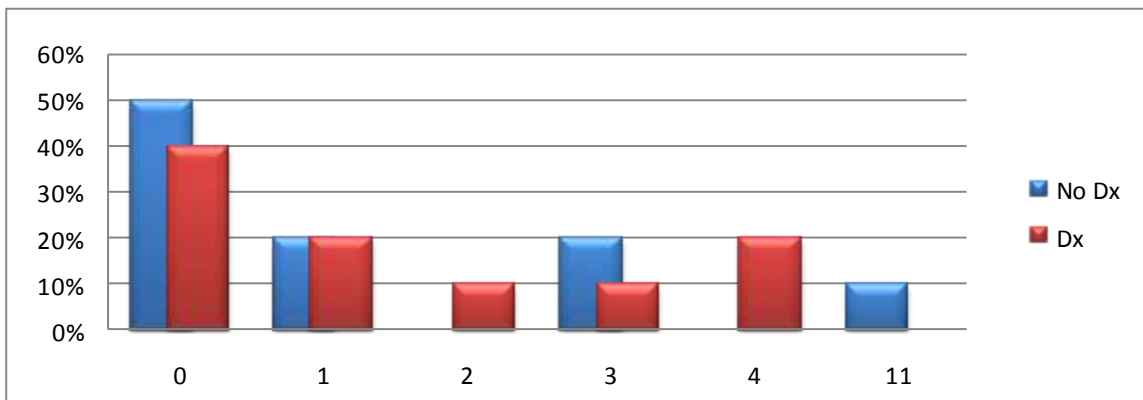


Figura 9. Distribución de la muestra de adolescentes de acuerdo con el número de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales con penetración en los últimos 12 meses.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que el 70% de los adolescentes diagnosticados ha tenido relaciones sexuales bajo el consumo de licor. Mientras que el 30% de los adolescentes no diagnosticados ha estado bajo los efectos del alcohol al tener relaciones sexuales (figura 10).

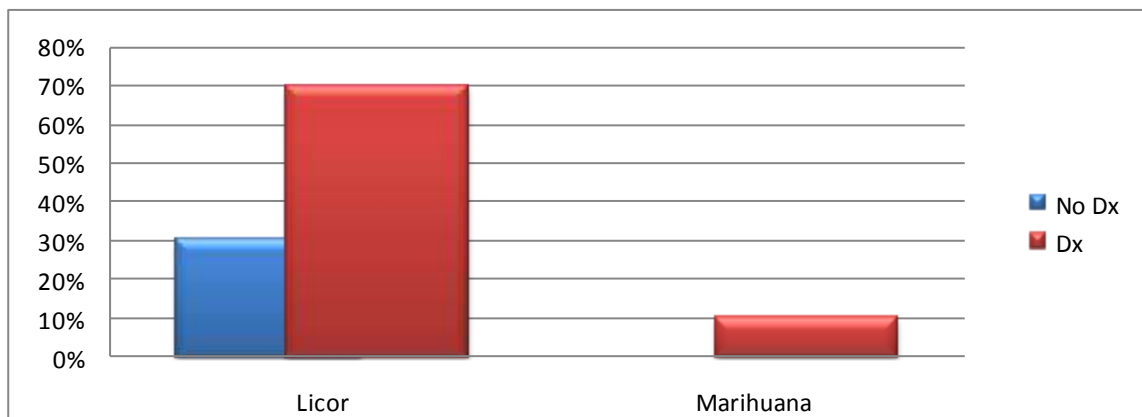


Figura 10. Frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales en los últimos 12 meses, en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA.

De acuerdo con las formas de prevención, se encontró que el 50% de los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados tienen relaciones sexuales sólo con la misma persona, adicionalmente el 70% de los adolescentes diagnosticados han utilizado el condón en los últimos 12 meses. La forma de prevención que menos se presenta (50% en ambos grupos de adolescentes), es conversar con la persona con la que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo de adquirir el virus (ver tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de las formas de prevención del VIH/SIDA en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en los últimos 12 meses.

Formas de prevención	No diagnosticados			Diagnosticados		
	SI	NO	NR	SI	NO	NR
	%	%	%	%	%	%
Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona	50,0	30,0	20,0	50,0	40,0	10,0
Usar condón	40,0	40,0	20,0	70,0	20,0	10,0
Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo de adquirir el virus	30,0	50,0	20,0	40,0	50,0	10,0
Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección	40,0	40,0	20,0	50,0	40,0	10,0

Apoyo social percibido por los adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA

Las puntuaciones mínimas, máximas, medias y las desviaciones típicas de los tipos de apoyo social (emocional, instrumental, afectivo e interacción positiva) percibido por los adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA, se recogen en la tabla 4. Según los datos obtenidos se observa que existe un mayor nivel de apoyo emocional en el grupo de adolescentes no diagnosticados (Media = 31,0) que en el grupo de los adolescentes diagnosticados (Media = 26,3). Asimismo, se encontró que hay una mayor interacción positiva en los adolescentes no diagnosticados (Media = 16,3) que en los diagnosticados (Media = 12,6). En cuanto al apoyo afectivo, se encontró una diferencia mínima entre los dos grupos, presentándose en mayor medida en los adolescentes no diagnosticados (Media = 12,7).

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

Tabla 4. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas del apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA.

Escala	No diagnosticados				Diagnosticados			
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Apoyo emocional	19,0	40,0	31,0	6,8	14,0	31,0	26,3	4,9
Apoyo instrumental	8,0	20,0	13,9	3,5	6,0	20,0	13,9	4,6
Interacción positiva	13,0	20,0	16,3	2,6	10,00	17,0	12,6	2,2
Apoyo afectivo	7,0	15,0	12,7	2,7	6,00	15,0	10,2	2,3

Redes de apoyo social en adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA

La información acerca del promedio de personas con quienes cuentan los adolescentes de ambos grupos y las redes de apoyo a las que se encuentran vinculados se recoge en la figura 11. A partir del análisis realizado de la muestra en función de las redes de apoyo social, se encontró que los adolescentes no diagnosticados cuentan con un mayor número de personas (Media = 5,3) que los adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA (Media = 3,5). Con respecto a las redes de apoyo social con las cuales cuentan los adolescentes de la muestra, se encontró que tanto los adolescentes no diagnosticados (90%) y los diagnosticados (70%) cuentan en primer lugar con los amigos, seguido de un (60%) de adolescentes no diagnosticados y un (40%) de adolescentes diagnosticados que cuentan con la madre.

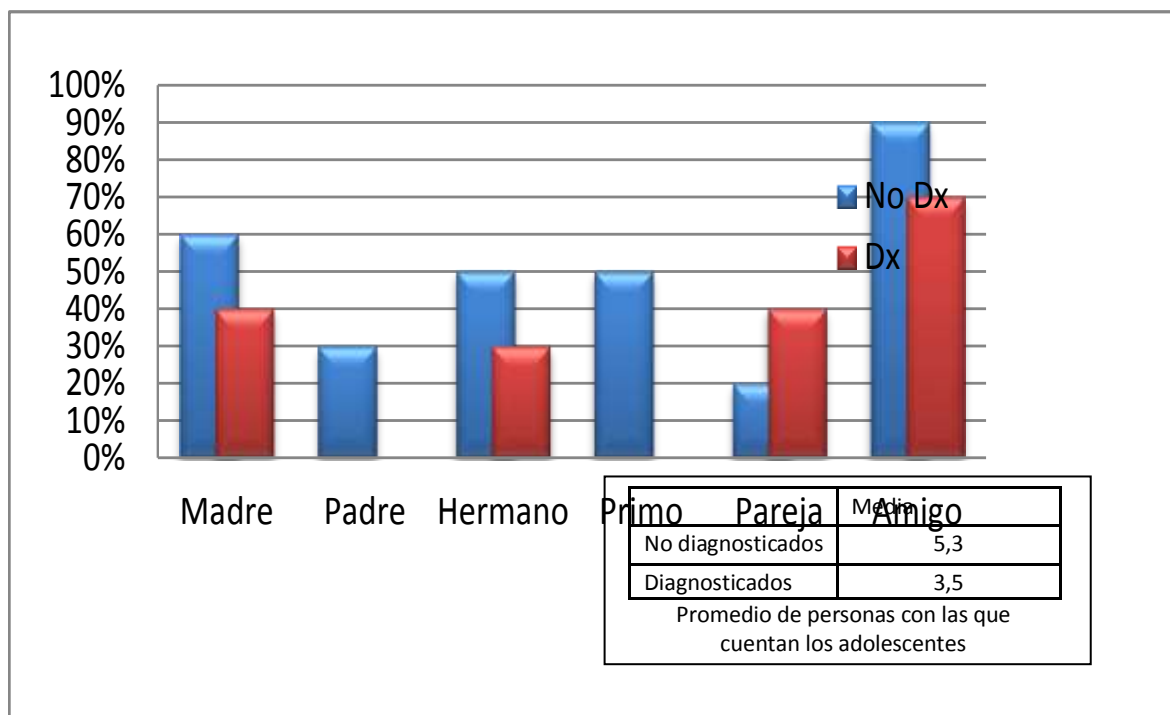


Figura 15. Distribución de las redes de apoyo con las cuales cuentan los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA.

4. Discusión

El apoyo social y las conductas de riesgo en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA son aspectos importantes para comprender los comportamientos que presentan los adolescentes en relación con la salud sexual y reproductiva, de esta forma es necesario conocer las conductas de riesgo asociadas a la infección por VIH, y los determinantes que influyen en la adopción de dichos comportamientos, entre ellos la familia, los amigos, la escuela, que son las principales redes de apoyo con las que cuentan los adolescentes. De acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA (2006a), en los últimos años se ha incrementado el número de adolescentes infectados con VIH, lo cual genera la necesidad de intervenir en aspectos relacionados con sus conductas y crear herramientas por medio de las redes directas de apoyo, con el fin de identificar y minimizar riesgos que inciden no solo en los adolescentes sino en la sociedad.

Uno de los objetivos centrales de la presente investigación corresponde a identificar las conductas de riesgo, el apoyo social y las redes de apoyo con la que cuentan los adolescentes no diagnosticados y diagnosticados con VIH/SIDA; en consecuencia, se evidenció que ambos grupos han recibido información sobre transmisión y prevención. Principalmente las fuentes de información que tienen los adolescentes son los programas de televisión, charlas en los colegios, organizaciones comunitarias y por medio de los amigos y/o conocidos. Sin embargo, se encontró, específicamente en los adolescentes diagnosticados, que la familia no ha sido una fuente de información principal. Es necesario destacar que brindar información se constituye como una de las funciones del apoyo social, por lo que posiblemente, estos adolescentes no recibieron este tipo de apoyo por parte de la familia antes del diagnóstico, lo cual pudo ser un factor relevante, en la adquisición de la enfermedad; por otro lado, en la actualidad estos adolescentes dicen haber recibido información por parte de organizaciones comunitarias principalmente, refiriéndose a los servicios de salud a los que se encuentran afiliados, servicios a los cuales asisten poco, pues es una población poco adherente al tratamiento antirretroviral. En relación con lo anterior, puede evidenciarse que la información, por sí sola, no es suficiente como estrategia de prevención de conductas de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA en los adolescentes, ya que de acuerdo con lo planteado por Navarro y Vargas (2005); Vásquez, et al. (2005) y Vinaccia, et al. (2007), influyen además de los conocimientos insuficientes, otros factores como la percepción de invulnerabilidad y riesgo propia de esta etapa, el bajo nivel de comunicación familiar y la supervisión de los padres. Lo anterior sugiere la necesidad de programas de intervención en esta población que contribuyan al fortalecimiento de las redes de apoyo, específicamente que brinden información adecuada frente a conductas de riesgo como medida de prevención.

Por otro lado, se encontró que los adolescentes a pesar de que tienen información, presentan poco conocimiento correcto sobre qué es el VIH/SIDA, los riesgos, formas de transmisión, tratamiento, y prevención. De acuerdo con lo anterior es necesario identificar las ideas erróneas sobre los conocimientos del VIH/SIDA que tienen los adolescentes, lo cual se evidenció en el presente estudio por medio de los instrumentos que evaluaban el tema y las puntuaciones obtenidas en la escala. Esto se constituye en una valiosa herramienta que permite orientar los contenidos sobre los cuales se debe intervenir en función de la adquisición de conductas sexuales más seguras. Estos aspectos reflejan la importancia de que las instituciones educativas y demás redes de apoyo brinden al adolescente

herramientas eficaces que le permitan tener conductas protectoras; para ello es importante que estas instancias trasciendan el nivel de conocimiento y la información sobre el VIH/SIDA para lograr un mayor nivel de prevención y disminuir las prácticas sexuales de riesgo. Los datos obtenidos confirman con los datos de la investigación realizada por Vinaccia et al. (2007), donde se estudió el comportamiento sexual y las actitudes frente a la infección de adolescentes colombianos en la ciudad de Medellín, ellos revelaron algunos vacíos conceptuales y de información importante al respecto.

ONUSIDA (2006b), plantea que el riesgo en relación con el VIH/SIDA puede definirse en términos de la posibilidad que existe de que una persona pueda resultar infectada por el VIH. Por lo tanto, hay ciertas conductas que instauran, aumentan y perpetúan el riesgo. Entre ellas se encuentran conductas tales como: las relaciones sexuales sin protección con una persona de quien se desconoce su estado con respecto al VIH; sostener relaciones sexuales con múltiples parejas simultáneas a largo plazo sin protección y el consumo de sustancias.

En el presente estudio se encontró que la conducta sexual de riesgo que más se presenta es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad (entre 13 y 14 años en ambos grupos), sobretodo en los adolescentes diagnosticados. En Colombia, en un estudio realizado en la ciudad de Santa Marta por Ceballos y Campo Arias (2005), encontraron que el índice de relaciones sexuales entre adolescentes de 13 a 17 años era el 25% y la edad de la primera relación sexual fue entre 7 y 17 años siendo el valor medio a los 13 años. Por su parte, Navarro y Vargas (2005) se centraron en investigar acerca de los factores de riesgo, conocimientos, actitudes y prácticas para adquirir VIH/SIDA, en adolescentes entre 14 y 19 años pertenecientes a instituciones educativas en Barranquilla. Se encontró que el 42.8% de los adolescentes encuestados no tienen un conocimiento adecuado del tema, un 34.8% ya han iniciado su vida sexual. Por otro lado, la mayoría de los adolescentes (hombres (73.9%) y mujeres (67.1%)) no usan con frecuencia el condón; 37.3% creen que no tienen riesgo de contraer VIH, y el 34.6% no lo saben ni consideran que poseen factores de riesgo (Navarro y Vargas, 2005). Los resultados de este estudio dan a conocer la información errónea, los pocos conocimientos que los adolescentes tienen sobre el tema, y en consecuencia el alto nivel de conductas de riesgo que practican. Es necesario fortalecer el apoyo de carácter emocional (donde se incluye la facilitación de información), para que el adolescente tenga mayores herramientas en el momento de iniciar su

vida sexual, aumentando su conocimiento frente a los riesgos que pueden presentarse si no se utilizan métodos de protección.

Así mismo, es importante identificar que las conductas de riesgo relacionadas con el VIH implican coito vaginal, anal y otras actividades sexuales con sujetos infectados (Muma, Lyons, Borucki y Pollard, 2000; ONUSIDA, 2006c). Otros estudios muestran que existe gran variedad de conductas sexuales que son practicadas por la mayoría de los jóvenes adolescentes, aumentando el riesgo y la vulnerabilidad frente a la infección por VIH. De esta manera, los porcentajes más altos corresponden a la penetración vaginal (entre 68 y 83%), sexo oral (76%) e incluso el coito anal que es considerado de mayor riesgo de transmisión del VIH, con porcentajes entre el 11% y el 25% (Espada, et al., 2003).

Los resultados del presente estudio dan evidencia de estas prácticas sexuales de riesgo, ya que tanto en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados se encontró una gran incidencia en la conducta sexual vaginal y oral, siendo esta última en la que menos prevalece el uso del preservativo, lo cual es un indicador de riesgo para ambos grupos de adolescentes. Sin embargo, se protegen en mayor proporción los adolescentes diagnosticados en la conducta sexual vaginal, lo cual puede estar relacionado con que los adolescentes diagnosticados tienen mayor percepción de vulnerabilidad a transmitir el VIH a las personas con quienes tienen relaciones sexuales, debido al conocimiento de su diagnóstico. Dentro de las conductas de riesgo que también se presentaron se encontró que la mayoría de adolescentes diagnosticados tienen relaciones sexuales bajo el efecto del licor, lo cual se relaciona con lo mencionado por Espada, et al., (2003) quien puso de manifiesto que el alcohol y otras drogas disminuyen la percepción del riesgo frente al VIH/SIDA, mientras que otras aumentan el riesgo como tal, por ejemplo, mantener variedad de parejas.

Respecto a las formas de prevención que ambos grupos utilizan, se encontró que tener relaciones sexuales solo con una misma persona es la única conducta preventiva que presentan, aunque esto no garantiza un factor total de protección si no se utiliza el condón. La forma que menos utilizan es conversar con la persona con la que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo de adquirir el virus. Lo anterior puede indicar que hay carencias de habilidades de negociación y comunicación con la pareja. Asimismo, en estudios realizados por Mitchel y Wellings (1998) citados por Espada, et al., (2003), con sujetos entre los 16 y 29 años, se encontró que gran parte de estos jóvenes relatan su primera experiencia sexual, como una situación

inesperada, sin una planificación y sin medir las posibles consecuencias. Esto se contrasta con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde el uso del preservativo no se utilizó durante la última relación sexual en la mayoría de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados. En este sentido, Vinaccia, et al. (2007) revelan en su estudio que las consecuencias asociadas a los embarazos no planeados y la infección por VIH, tiene que ver con la baja prevalencia de uso del preservativo en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes.

Se encontraron aspectos relacionados con la actitud negativa, especialmente en los hombres no diagnosticados. Esto se relaciona con lo planteado por Uribe (2005) sobre las actitudes que se presentan hacia las personas diagnosticadas con VIH, ya sea al compartir con ella o por el hecho de sus características individuales como su orientación sexual, ya que en los adolescentes se presenta una baja tolerancia frente a las personas diagnosticadas del VIH en las instituciones educativas. En la presente investigación, esto se relaciona con el conocimiento erróneo que tienen estos adolescentes, ya que las actitudes tienen que ver con respuestas aprendidas frente a un fenómeno, que en este caso son de carácter desfavorable, lo cual puede estar influenciado por los mitos, creencias, temores y estigmatizaciones frente al VIH, que hacen parte de la información equívoca que tiene este grupo. Es importante destacar que los conocimientos son importantes en el cambio de conducta y no en el mantenimiento de la misma.

Si bien es cierto que ambos grupos presentan conductas de riesgo, pese a la conciencia del diagnóstico en el grupo de diagnosticados, se encuentran diferencias en la conformación de las redes de apoyo, en donde es posible observar que los adolescentes no diagnosticados reciben información acerca de la transmisión y prevención del virus por parte de charlas en el colegio, programas de televisión, amigos y familia; mientras que los adolescentes diagnosticados reciben este tipo de información por parte de amigos y organizaciones comunitarias principalmente. Lo anterior da cuenta de la poca participación de los padres como fuentes de apoyo informacional con respecto a transmisión y prevención del virus, en el grupo de adolescentes diagnosticados. A partir de esto, se podría inferir que las condiciones del medio son una gran influencia para que no exista tal comunicación entre padres e hijos, lo cual se traduce en prácticas riesgosas para adquirir el VIH/SIDA.

Otro aspecto que es importante mencionar es la temprana edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes diagnosticados (a los 14 años en un 40%), tal situación puede estar relacionada igualmente con la falta de supervisión y comunicación entre padres e hijos, lo cual pone de manifiesto la necesidad de fortalecer esta fuente de apoyo que resulta fundamental antes de que los adolescentes se enfrenten al mundo socializador de los amigos y la presión social que los puede llevar a incurrir en conductas riesgosas. Finalmente, no se puede dejar de lado que posiblemente las condiciones del medio no permitan que se presente un tipo de apoyo material en los adolescentes diagnosticados en función de métodos de prevención, como el preservativo, lo cual se vuelve un recurso de difícil acceso debido a la situación de marginalidad y carencias económicas que puede presentar esta población. De acuerdo con (ONUSIDA, 2000), la vulnerabilidad para adquirir el virus es mayor en poblaciones de jóvenes en situación de pobreza y marginalidad, por el estigma y la discriminación, el difícil acceso a servicios de información, prevención y atención, así como la baja percepción de susceptibilidad para adquirir el virus.

La presente investigación muestra evidencia que coincide con otros estudios que miden la variable de conductas de riesgo frente al VIH/SIDA, en el sentido en que la población adolescente se constituye como un grupo vulnerable que presenta pocas conductas protectoras para la infección con VIH. Pese a que la presente investigación se realizó con una muestra de 20 adolescentes, y no es posible la generalización; al menos para estos grupos se presentan conductas de riesgo con diferencias mínimas, en donde prevalecen en mayor proporción en el grupo de adolescentes no diagnosticados. Esta situación de desventaja de los adolescentes no diagnosticados en relación con los diagnosticados referido a las conductas de riesgo, posiblemente se deba a múltiples factores como la poca percepción de riesgo, y las inadecuadas fuentes de información y por ende de apoyo.

Los adolescentes diagnosticados poseen en la actualidad un diagnóstico que los sitúa en una perspectiva distinta a la que pudieron haber tenido antes de conocer su diagnóstico, por lo que posiblemente han empezado a adquirir conductas protectoras para beneficio propio, por el riesgo de re-infección y de otras personas (teniendo en cuenta que a falta de información adecuada, estas conductas protectoras se dan solo a nivel vaginal y en menor medida a nivel oral y anal).

A partir de estos hallazgos, se observa una situación preocupante en la que los adolescentes presentan gran número de conductas de riesgo en contraste con factores facilitadores de estos comportamientos (conocimientos erróneos, carencias de habilidades de negociación y comunicación con la pareja), los cuales sirven de indicadores para implementar medidas de prevención eficaces.

En lo que respecta a la caracterización del apoyo social en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA y de las redes sociales con las que cuentan, se observó un mayor nivel de apoyo general en los adolescentes no diagnosticados con VIH/SIDA, que en el grupo de adolescentes diagnosticados. Específicamente se encontraron diferencias notables a nivel de apoyo emocional, interacción positiva y apoyo afectivo, lo cual indicaría que este grupo de adolescentes poseen más fuentes de apoyo que suplen necesidades afectivas (recibir y dar afecto), emocionales (reciben información, consejos y orientación en momentos difíciles) y tienen con quien realizar actividades de ocio para relajarse y divertirse.

Teniendo en cuenta los planteamientos de Muma, Lyons, Borucki y Pollard (2000), esta situación pudo darse posiblemente porque la condición de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA lleva a que se vean limitadas de contactos sociales y sexuales. Por otra parte, la carga sociocultural del diagnóstico puede originarse a partir del estigma social ocasionado por el temor a ser contagiado, lo cual trae como consecuencia que personas cercanas al afectado alteren su conducta hasta evitar el contacto físico y social, y por lo tanto presentando menor nivel de apoyo social. Por su parte, Aron, et al., (1995), resalta los beneficios que brinda el apoyo social en sus tres dimensiones: apoyo emocional, referido a aspectos relacionados con el confort, apego, intimidad, cuidado y preocupación; apoyo informacional, que implica provisión de consejos e información y apoyo instrumental que se refiere a la prestación de ayuda o asistencia material.

De acuerdo con los datos de esta investigación, este apoyo social está asociado fundamentalmente a los amigos como la red de apoyo más significativa con la cual cuentan los adolescentes en ambos grupos (en un 90% en los no diagnosticados y en un 70% en los diagnosticados), lo cual es coherente con la etapa por la cual transitan en donde se abren al mundo socializador de los amigos y la familia pasa a un segundo plano. Por ello, no se pueden obviar las características propias de la adolescencia, en donde el adolescente se enfrenta a cambios de diversa índole, lo cual supone una etapa de gran incertidumbre y angustia si no se tiene una contención

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

adecuada del medio (Stassen, 1997). De este modo, los porcentajes de adolescentes que cuentan con sus padres tienen unos valores mínimos comparados con los anteriores. Pese a que en la mayoría de los casos la familia no se constituye como una fuente de apoyo principal, en algunos estudios se ha encontrado que las interacciones significativas que los adolescentes establecen con sus padres tienen gran relación con el funcionamiento psicológico de los adolescentes (Cumsille y Martínez, 1994).

Es importante resaltar la evidencia teórica que plantea diversos beneficios del apoyo social en relación con el bienestar físico y psicológico de las personas (Barrón, 1992), se podría evaluar en qué medida este apoyo social que los adolescentes obtienen, trae tales beneficios en relación con las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA. Si bien se encontró que hay mayor apoyo en el grupo de adolescentes no diagnosticados, aún prevalecen en estos adolescentes un gran número de conductas de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales, conocimientos erróneos y el poco uso del preservativo.

El grupo de adolescentes diagnosticados tiene menor apoyo social e igualmente incurren en conductas de riesgo a pesar de ser conscientes de su diagnóstico. Kornblit y Petracci (2000) encontraron en sus investigaciones que los medios de comunicación y las personas significativas o cercanas influyen en las decisiones de las personas con respecto a la protección frente al VIH, aspecto que genera inquietudes en relación con estas preguntas: ¿cómo dichos medios de comunicación masiva manejan la información en salud sexual y reproductiva en los jóvenes? Así mismo, ¿cómo las dinámicas familiares están perpetuando los conocimientos y autocuidados frente a la sexualidad actual en los jóvenes? Este es un reto para las entidades e investigaciones que están interesadas en trabajar con la población adolescente para prevenir riesgo y fomentar el autocuidado, hay una necesidad evidente de dar respuesta a estos cuestionamientos presentados a partir de esta investigación realizada para futuras investigaciones. Algunas investigaciones han iniciado una trayectoria para responder a estos cuestionamientos y necesidades que se están presentando en los adolescentes y jóvenes colombianos (Uribe, Orcasita y Sanabria, 2010).

La situación de riesgo frente al VIH/SIDA en la que se encuentran los adolescentes de esta investigación posiblemente se debe a que las redes de apoyo con las cuales cuentan no están ejerciendo sus funciones de forma adecuada, teniendo en cuenta la función principal de brindar apoyo en sus tres dimensiones, instrumental, emocional e informacional (Barrón, 1992),

por lo que no se está brindando la información adecuada acerca del VIH y sus formas de prevención al tener ambos grupos un porcentaje alto de conocimientos erróneos. Es fundamental considerar que en su mayoría las fuentes de apoyo corresponden a los amigos y el tipo de apoyo puede estar basado en ideas erróneas, y por el contrario, fomentar conductas riesgosas para la infección por VIH.

En cuanto a los adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA, cabe mencionar que la dificultad en contactarlos para el presente estudio radicó en que son poco adherentes; manifiestan dicha conducta en la inasistencia a consulta médica y por tanto a la solicitud de sus medicamentos. Este hecho particular podría dar evidencia de que este grupo de adolescentes no aceptan otras redes de apoyo diferentes a las que ya tienen (principalmente amigos), privándose de los beneficios que trae la ayuda material y de servicios, que implica una colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud (Madariaga et al., 2003). Es necesario destacar entonces que las redes de apoyo podrían traer beneficios en la calidad de vida de sus integrantes, permiten la promoción de la salud que tiende a mantener la integridad física y psicológica del individuo en situaciones de alto riesgo, como es el caso de los adolescentes que se consideran como una población vulnerable.

En concordancia con lo anterior, a partir de los amigos, los adolescentes satisfacen necesidades que los padres no podrían, como la pertenencia a un grupo y la aceptación de éste, el sentirse identificados con pares que se encuentran vivenciando los mismos conflictos (Stassen, 1997). De esta manera es fundamental el fortalecimiento de las redes de apoyo que los adolescentes utilizan con más frecuencia para prevenir la transmisión por VIH. Asimismo, en cuanto a la familia, este tipo de apoyo debe darse antes de la adolescencia, cuando aún el niño no se interesa por la socialización con otras personas externas a la familia. En este orden de ideas, el presente estudio evidencia que los adolescentes en general cuentan en menor medida con los padres, frente a esta situación. Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal (2000) hablan acerca de la comunicación entre los hijos y sus padres, como un aspecto fundamental que se relaciona con las conductas de protección que tengan los adolescentes. En este sentido, dicha comunicación entre padres e hijos se constituye como un elemento que hace parte del apoyo social, al ser capaz de brindar herramientas de protección tales como: autocontrol, comunicación asertiva, toma de decisiones, conocimientos correctos, lo cual puede influir en la autoeficacia para que el adolescente asuma sus experiencias de forma adecuada. Autores como Stassen (1997)

mencionan que los padres con estilos de crianza democráticos pueden ayudar a sus hijos a transitar por su etapa adolescente, favorecer su desarrollo psicosocial, equilibrar el control y brindar orientación, afecto y aceptación. Por su parte, Barrón (1992) plantea que hay un tipo de efecto indirecto relacionado con el apoyo social, en el que los estresores sociales pueden tener efectos negativos sobre las personas que poseen un bajo nivel de apoyo social. De esta forma en ambos grupos es necesario fortalecer las redes de apoyo para que se constituyan como un efecto protector ante las presiones o condiciones del medio que les hagan incurrir en conductas de riesgo.

Con respecto al apoyo social y las redes de apoyo se podría decir que los adolescentes tienen poco apoyo (diagnosticados) o bien son fuentes inadecuadas que no cumplen funciones para el bienestar físico y psicológico de los adolescentes del estudio, por lo tanto no se constituye como un factor protector que ayude a prevenir las conductas de riesgo que se están presentando en ambos grupos. Como se mencionó anteriormente, es importante tener en cuenta que el bajo apoyo social que puedan presentar los adolescentes diagnosticados, se deba a la carga sociocultural del diagnóstico, lo cual puede restringir el contacto con otras personas. Tajfel (1984) plantea que el proceso de comparaciones sociales puede contribuir de forma positiva o negativa en la imagen que las personas tienen de sí mismas, teniendo efectos en las conductas que puedan adquirir en su proceso de socialización, tal como ocurre con las conductas de riesgo. De acuerdo con las revisiones de investigaciones realizadas en relación con el apoyo social en la adolescencia, Bravo y Fernández, (2003); Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín (2005) y Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006), han afirmado sobre la necesidad de disponer de una buena red de apoyo social ya que es fundamental para asegurar su capacidad de afrontamiento a los numerosos eventos negativos que tendrá que superar, ante todo el papel que desempeñan las familias. Además, las personas que perciben menos apoyo están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. En el caso de los adolescentes no diagnosticados, este apoyo resultaría beneficioso para adquirir conductas preventivas, mientras que para los diagnosticados, no solo les permite disminuir las conductas de riesgo que puedan estar presentando, sino también en el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Finalmente, la investigación realizada dio cuenta de la situación de riesgo actual de los 20 jóvenes que conformaron la muestra, puesto que se presentan comportamientos de riesgo frente al VIH/SIDA y existe para los adolescentes diagnosticados un menor nivel de apoyo social. Sin embargo, se observó en igual medida redes de apoyo ineficaces, sobretodo con respecto a la información errónea que brindan. Teniendo en cuenta que los adolescentes puede presentar mayor vulnerabilidad, como lo evidencia este estudio, sería conveniente realizar intervenciones basadas en los planteamientos del Modelo de Bandura en el que los comportamientos de protección pueden presentarse si se tienen en cuenta factores tales como: 1) información; 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol; 3) potenciar la autoeficacia y 4) apoyo social, ya que al promoverlo se reafirman las modificaciones que los sujetos hacen en sus hábitos.

5. Conclusiones

Con respecto a la identificación de las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados, la investigación realizada indica que ambos grupos presentan conductas de riesgo, aunque los adolescentes no diagnosticados en mayor medida (tener relaciones a temprana edad, conocimientos erróneos frente al VIH y poco uso del preservativo). Con respecto a los adolescentes diagnosticados, se evidencia que pese a su diagnóstico, siguen incurriendo en conductas de riesgo, lo cual puede atentar contra la salud de sí mismos y de otras personas. Esta situación puede relacionarse con los conocimientos erróneos que posee esta población, ya que presentan un alto grado de protección en conductas vaginales, pero presentan poco uso del preservativo en conductas orales y anales, lo cual sugiere que la calidad de información recibida no es la más eficiente.

En relación con el apoyo social, se observó un mayor nivel de apoyo general en los adolescentes no diagnosticados con VIH/SIDA, que en el grupo de adolescentes diagnosticados. Específicamente se encontraron diferencias notables a nivel de apoyo emocional, interacción positiva y apoyo afectivo, lo cual indicaría que este grupo de adolescentes poseen más fuentes de apoyo que suplen necesidades afectivas (recibir y dar afecto), emocionales (reciben información, consejos y orientación en momentos difíciles). Posiblemente, los adolescentes diagnosticados poseen menos apoyo debido a la carga sociocultural del diagnóstico, e igualmente llama la atención la poca participación de los padres para este grupo de adolescentes.

La red de apoyo más significativa en ambos grupos de adolescentes son los amigos, lo cual guarda relación con la etapa de desarrollo por la cual transitan; la familia pasa a un segundo plano. Los adolescentes no diagnosticados perciben que tienen un mayor número de personas que los adolescentes diagnosticados. En este sentido, el estudio resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes diagnosticados teniendo en cuenta el limitado número de redes sociales y la inconstante asistencia a los programas facilitados por las entidades que brindan soporte. En igual medida, es necesario fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes no diagnosticados, puesto que estas no se constituyen como fuentes adecuadas en lo que respecta a la infección por VIH/SIDA. Los padres y educadores deben asumir un papel más activo para que se constituyan en fuentes de apoyo efectivas guiadas hacia la prevención de conductas de riesgo.

Finalmente, frente a las conductas de riesgo y el apoyo social en los dos grupos de adolescentes, se podría cuestionar en qué medida este apoyo que los adolescentes adquieren les trae beneficios en sus tres dimensiones frente a la prevención del VIH/SIDA. Pese a que existe mayor apoyo en el grupo de adolescentes no diagnosticados, éstos siguen teniendo gran número de conductas riesgosas. El grupo de adolescentes diagnosticados presentan un menor nivel de apoyo social e igualmente incurren en conductas de riesgo frente al VIH, aunque en menor medida. En el caso de los adolescentes no diagnosticados, se podría decir que posiblemente cuentan con fuentes de apoyo que no cumplen sus funciones, ya que posiblemente los adolescentes no están recibiendo la información adecuada frente al VIH, no están recibiendo consejos apropiados, ni la ayuda material (por ejemplo preservativos) necesarios para que dicho apoyo se constituya como un factor protector que ayude a prevenir las conductas de riesgo. De igual manera, surge la necesidad de fortalecer las redes de apoyo, fundamentalmente las relacionadas con las instituciones de salud.

Se podría decir entonces que el presente trabajo se constituye en un aporte para la psicología social y de la salud. En este sentido, es importante la labor como psicólogos desde el conocimiento de las características y el desarrollo del adolescente para encontrar estrategias eficaces y acordes con las necesidades de esta población en la generación de programas dirigidos a promover y prevenir el VIH/SIDA. Asimismo, es importante el fortalecimiento de las redes de apoyo (padres, amigos, colegio, programas de salud), potencializar el desarrollo de habilidades sociales, autocontrol y autoeficacia en los adolescentes. Asimismo, es necesaria la intervención

interdisciplinar con profesionales de la salud en lo que respecta a los conocimientos frente al VIH/SIDA.

Es necesario que los padres sean fuentes de apoyo adecuadas para brindar información, consejo, apoyo emocional, e instrumental. Por lo tanto las intervenciones no solamente deben dirigirse hacia el adolescente, sino a los padres con el fin de brindar estrategias que favorezcan pautas de crianza democráticas, comunicación asertiva e información pertinente a las necesidades de adolescente, con el fin de que por un lado tengan estilos de crianza adecuados que les permitan interactuar con sus hijos de forma acertada y ayudarlos a adquirir herramientas (habilidades sociales, autocontrol, comunicación asertiva) que puedan poner en práctica cuando se enfrenten a las vicisitudes de la adolescencia y por tanto practicar conductas de protección frente al VIH/SIDA.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Con respecto a las entidades educativas, en Colombia se deberían diseñar e implementar los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva, entre ellos el VIH/SIDA, en relación con todas las actividades de educación sexual que adelanta el sector educativo, teniendo en cuenta que estas instituciones se constituyen en una fuente de apoyo a la que pertenecen gran número de adolescentes. Con respecto a las fuentes de información y los resultados obtenidos en la presente investigación, los medios masivos de comunicación deberían implementar estrategias para establecer líneas de acción con contenidos acordes a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Los medios masivos de comunicación deben servir de apoyo para las acciones de promoción, con el fin de que se logre una amplia cobertura de mensajes concordantes con la temática debido a que una de las principales fuentes de información sobre transmisión y prevención del VIH/SIDA en los adolescentes son los programas de televisión.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México **[pp.155-195]**

Por último, es necesario el fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación social; el desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. En Colombia se requiere que las instituciones gubernamentales encargadas de construir y desarrollar políticas públicas, tengan criterios comunes para el mejoramiento de los indicadores en salud sexual y reproductiva, así como las entidades promotoras de salud quienes organizan y garantizan de manera directa o indirecta la prestación de los servicios necesarios en cada una de las líneas de acción prioritarias en la salud, específicamente en el tema de VIH/SIDA.

Para futuras investigaciones sería interesante ampliar la población objeto de análisis y estudiar la relación que existe entre conductas de riesgo para la infección por VIH/SIDA y las pautas de crianza, teniendo en cuenta que el apoyo de los padres y familiares puede resultar fundamental para el bienestar físico y psicológico del adolescente.

6. Lista de referencias

- Alsinet, C., Pérez, R., y Agullo, M. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de Estudios sobre Juventud*, 18, 90-101.
- Aron, S., Nitsche, R. y Rosenbluth, A. (1995). Redes sociales de adolescentes: un estudio descriptivo-comparativo. *Psychke*, 4, 49-56.
- Barra, E. Cancino, V., Lagos, G., Leal, P., y San Martín, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 231- 239.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Veliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24, 55- 61.
- Barrón, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En J. L. Álvaro., J. R. Torregrosa, y A. Garrido, (Eds.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (pp. 223 – 231). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. y Buena-Casal, G. (2000). Factores psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 83-92.
- Bravo, A., y Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15, 136 -142.
- Casillas, M., Arias, L. y Herrera, J. (1998). Mantenimiento de la salud del adolescente. *Med Fam*, 6, 39-43.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2005). Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. *Med UNAB*, 8, 59-64.
- Cumsille, P. y Martínez, M. L. (1994). Efectos del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes: revisión de la literatura. *Psyche*, 3, 115-123.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

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.

Espada, J. P., Quiles, M. J., y Méndez, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 85, 29-36.

Gómez, L., Pérez, M., y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, 9, 5-38.

González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18, 134-141.

Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención social y comunitaria. En E. Gracia (Ed.). *El apoyo social en la intervención comunitaria* (pp. 19-51). Madrid: Paidós.

Gracia, E. (1999). La importancia de las redes sociales de apoyo en la integración del enfermo mental en la comunidad. *Revista de Psicología Social*, 2-3, 317-329.

Heller, K. (1981). Los efectos del apoyo social: implicaciones para la prevención y el tratamiento. En A. P. Goldstein, y F. H. Kanfer, (Eds.), *Generalización y transfer en psicoterapia: cómo incrementar los efectos del tratamiento* (pp. 331-352). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

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.

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. *Psichotema*, 14, 255-261.

León, O., y Montero, I. (2003). Métodos de investigación en psicología y educación. (3 edición). Madrid: McGraw-Hill.

Madariaga, C., Abello, R., y Sierra, O. (2003). Redes sociales fundamentos conceptuales. En C. Madariaga, (Ed.), *Redes sociales, infancia, familia y comunidad* (pp. 29-59). Barranquilla: Uninorte.

Martínez, A., Pinzon, P., Máiquez, A., Herrera, J., De Benito, M., y Cuesta, E. (2004). ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión?. *Medicina de Familia*, 5, 16-26.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.

Ministerio de Salud de Colombia (1997). CCVSA. Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.

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.

Muma, R. D., Lyons, B.A., Borucki, M.J., y Pollard, R.B. (2000). Manual del HIV para profesionales de la salud. México, D. F.: Manual Moderno.

Navarro, E., y Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, 44-53.

Orcasita, L.T y Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el Bienestar del adolescente. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 4 (2) (Artículo en prensa).

Orcasita, L.T., Uribe, A. F. y Sanabria, A. M. (2009). *Conocimientos y comportamientos sexuales en adolescentes colombianos*. Comunicación presentada al XV Congreso Colombiano de sexología y educación sexual. Medellín-Colombia.

Orcasita, L.T. Peralta, A. y Valderrama, L. (2009). *Conductas sexuales de riesgo y apoyo social en adolescentes*. Comunicación presentada al XV Congreso Colombiano de sexología y educación sexual. Medellín-Colombia.

Organización de las Naciones Unidas para el Sida en Colombia (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.

Organización de las Naciones Unidas para el Sida en Colombia (ONUSIDA, 2000). *El género y el VIH/Sida: Actualización técnica del ONUSIDA*. Adaptado de: *ONUSIDA (1998)*. Recuperado Julio, 2008, de: <http://www.onusida.org.co/>.

Organización de las Naciones Unidas para el Sida en Colombia (ONUSIDA, 2006a). *Infección por VIH y Sida en Colombia. 2000-2005*. Recuperado Octubre 31, 2007, de <http://www.onusida.org.co/>.

Organización de las Naciones Unidas para el Sida en Colombia (ONUSIDA, 2006b). *Ampliar la respuesta mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada:*

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

reducir el riesgo y la vulnerabilidad. Definiciones, justificación y vías. Ginebra. Adaptado de: *ONUSIDA (1998)*. Recuperado Agosto 4, 2007, de: <http://www.onusida.org.co/>.

Piña, J. A. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología, 20*, 23-32.

Piña, J. A. y Urquidi, L. E. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 9*, 227-236.

Rizo, G., Orozco, I., y Villaseñor, T. (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con sida. *Investigación en Salud, 4*, 1-11.

Roure, R. M. Reig, A. y Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Mult Gerontol, 12*, 79-85.

Stassen, K. (1997). La adolescencia: el desarrollo psicosocial. *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.

Tajfel, H. (1984). El conflicto intergrupal. En T. Henri, (Ed), *Grupos humanos y categorías sociales* (pp. 257-356). Barcelona: Herder.

Toledo, V., Luengo, X., Lobos, L., Fuentes, M. E., y Siraqyan, M. X. (2000). Conductas de riesgo en la adolescencia. En V. Toledo., X. Luengo., L. Lobos., M. Fuentes., y M. Siraqyan, (Eds.), *Adolescencia tiempo de decisiones* (pp. 245-254). Santiago de Chile: Mediterráneo.

Uribe, A. F., Bermúdez, M. P., y Buela-Casal, G. (2005). *Cuestionario general*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.

Uribe, A. F. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos. Tesis Doctoral. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Uribe, A. F. y Orcasita Pineda, L. T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 27*. Recuperado 01, junio, 2009, http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=1

Uribe, A. F., Valderrama, L. J., Sanabria, A. M., Orcasita, L.T. y Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México [pp.155-195]

frente al VIH /Sida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 5, 45-62.

Uribe, A. F. y Orcasita, L.T. (2010). *La importancia del apoyo social en el Bienestar del adolescente*. Comunicación presentada al XIV Congreso Colombiano de Psicología. Ibagué-Colombia.

Uribe, A. F., Orcasita, L.T. y Sanabria, A. M. (2010). *Validación de un programa de intervención en salud mental sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados, padres de familia, docentes y funcionarios de salud de diferentes ciudades de Colombia*. Comunicación presentada al XIV Congreso Colombiano de Psicología. Ibagué-Colombia.

Uribe, A. F., Valderrama, L., Sanabria, A., Vergara, T. y Orcasita, L. (2008). *Análisis del nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en adolescentes*. Comunicación presentada en la V Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana-Cuba, Octubre 13 al 17.

Vásquez, M. L., Argote, L. A., Castillo, E., Mejía, M. E., y Villaquirán, M. E. (2005). *La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes*. *Colombia Médica*, 36, 33-42.

Villa, I. C., y Vinaccia, S. (2006). *Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA*. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M., Ballester, R. (2007). *Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos*. *Terapia Psicológica*, 25, 39-50.