



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Autoestima, Relaciones Intrafamiliares y Autoeficacia para la  
Prevención del VIH/SIDA en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la  
UAEH**

**TESIS PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTAN**

**César Martínez Trejo  
Guille Magaly Meneses Maqueda**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA**

**Pachuca de Soto, Hidalgo, 2013**

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract</b>	<b>viii</b>
<b>Introducción</b>	<b>ix</b>
<b>Capítulo 1. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</b>	<b>12</b>
Epidemiología	12
Definición	13
Etiología	14
Tipos	14
Síntomas del VIH/SIDA	15
Consecuencias biológicas	17
Consecuencias psicológicas	18
Consecuencias Sociales	22
Tratamiento	24
Prevención del VIH/SIDA	27
Factores Biológicos	28
Factores Psicológicos	30
Factores Sociales	34
<b>Capítulo 2. Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA</b>	<b>36</b>
Definición de autoeficacia	36
Teoría Social Cognitiva de Bandura	38
Estudios de autoeficacia en ámbitos de la salud	40

Estudios de autoeficacia para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	41
<b>Capítulo 3. Autoestima</b>	<b>46</b>
Definición de Autoconcepto-autoestima	46
Autoestima en la adolescencia	48
Estudios de autoestima en ámbitos de la salud	50
Estudios de autoestima para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	51
<b>Capítulo 4. Relaciones intrafamiliares</b>	<b>54</b>
Definición de Relaciones Intrafamiliares	54
Estudios de las Relaciones Intrafamiliares en ámbitos de la salud	54
Estudios de las Relaciones Intrafamiliares para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	57
Estudios relacionados	60
<b>Método</b>	<b>64</b>
Justificación	64
Objetivo general	66
Objetivos específicos	66
Hipótesis	67
Hipótesis Conceptuales	67
Hipótesis Estadísticas	68
<b>Variables</b>	<b>69</b>

Definición conceptual y operacional de las variables	70
<b>Participantes</b>	<b>71</b>
Criterios de inclusión	71
Criterios de exclusión	71
<b>Tipo de estudio y diseño</b>	<b>71</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>78</b>
Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA	78
Escala de autoestima de Rosenberg	79
Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares	80
Procedimiento	82
<b>Resultados</b>	<b>83</b>
<b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>93</b>
<b>Anexos</b>	<b>101</b>
<b>Referencias</b>	<b>112</b>

### Índice de tablas

Tabla 1	Definición conceptual y operacional de las variables	70
Tabla 2	Medidas de tendencia central y dispersión de las variables de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, las relaciones intrafamiliares y autoestima	83
Tabla 3	Relación entre la autoestima y las relaciones intrafamiliares	88
Tabla 4	Relación entre la autoestima y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA	89

Tabla 5	Relación entre las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA	92
---------	---	----

### **Índice de Figuras**

Figura 1	Caución Recíproca de Bandura	40
Figura 2	Distribución por sexo	72
Figura 3	Distribución por edad	72
Figura 4	Distribución de personas con quienes viven	73
Figura 5	Distribución por tipo de relación de pareja actual	73
Figura 6	Distribución por tiempo de relación de pareja actual	74
Figura 7	Distribución por estado civil de los padres	75
Figura 8	Distribución por escolaridad del padre	75
Figura 9	Distribución por ocupación del padre	76
Figura 10	Distribución por escolaridad de la madre	76
Figura 11	Distribución por ocupación de la madre	77
Figura 12	Medias transformadas de cada uno de los elementos de las relaciones intrafamiliares	86
Figura 13	Medias transformadas de cada uno de los factores de la escala de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA	87

### **Índice de anexos**

Anexo 1	Datos Sociodemográficos	102
Anexo 2	Escala de Autoeficacia para la prevención del SIDA	103
Anexo 3	Escala de Relaciones Intrafamiliares	106

Anexo 4 Escala de Autoestima de Rosenberg	109
Anexo 5 Experiencia de la elaboración de tesis	110

## RESUMEN

Los adolescentes son uno de los grupos de edad en mayor riesgo de infección de VIH/SIDA. Son diferentes las variables psicosociales que se han vinculado con las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes para adquirir VIH/SIDA, entre ellas se encuentran la autoeficacia para llevar a cabo conductas preventivas, la autoestima y las relaciones intrafamiliares. El propósito del presente estudio fue identificar la relación existente entre la autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de nivel medio superior. Participaron 260 alumnos de la preparatoria No. 1 de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se utilizaron la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) y la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA (SEA-27), para evaluar las variables mencionadas. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, obteniendo relaciones estadísticamente significativas en las distintas variables del estudio. De acuerdo con la información obtenida, los estudiantes con mayor nivel de expresión, unión, apoyo, y menos dificultades percibidas en su familia, indican mayor autoestima y autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA. A partir de estos resultados se podrán desarrollar programas educativos que impacten en la prevención y mejora de cada una de las variables, y en el futuro evitar altos gastos del estado para atender los contagios de VIH/SIDA.

**Palabras Clave:** VIH/SIDA, Autoeficacia, Autoestima, Relaciones Intrafamiliares, Adolescentes.

## ABSTRACT

Adolescents are one of the age groups who has more risk of HIV/AIDS infection. There are different psychosocial variables that have been linked with adolescents risky sexual behaviors to acquire HIV/AIDS, including self-efficacy to perform preventive behaviors, self-esteem and intrafamily relation. The purpose of the following paper was to identify the present relationship among self-esteem, intrafamily relation and self-efficacy to prevent HIV/AIDS in high-school adolescents. Participants were 260 students of Escuela Preparatoria Número 1 from the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instruments used to evaluate the mentioned variables were the Rosenberg's Self-Esteem Scale, the Intrafamily Relation Evaluation Scale (ERI) and the AIDS Preventive Self-Efficacy Scale (SEA-27). Pearson correlation analysis was carried out, obtaining statistically meaningful and positive relationships among the level of self-esteem, the elements of intrafamily relation and the level of self-efficacy to prevent HIV/AIDS. Students with higher levels of expression, connection, support, and fewer difficulties perceived in their families, higher levels of self-esteem and self-efficacy for preventing HIV/AIDS. From these results, education programs concerning prevention and improvement of each of the previous variables can be developed. Also, public expenditures to treat HIV/AIDS can be avoided.

**Keywords:** HIV/AIDS, Self-efficacy, Self-esteem, Intrafamily Relation, Adolescents.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de la vida que se caracteriza por profundos cambios biológicos y psicológicos, como el aumento de la experimentación sexual, cambios imprevisibles de conducta y sentimientos de invulnerabilidad (Silber, 1992, Madaaleno et al., 1995; Velazco, 1998). Algunos de los factores que se asocian a la vulnerabilidad de los adolescentes a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) son el inicio de las relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas (Velazco, 1998; Perrin, Simms, Dubowitz & Szilagyi, 2000).

A finales de 2011 el número total de personas infectadas por el VIH/SIDA en el mundo era de 36.7 millones y aproximadamente 1.7 millones murieron por causas relacionadas (OMS, 2012).

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) (2011) durante el primer trimestre del 2011 se diagnosticaron 623 nuevos casos de VIH/SIDA de los cuáles 195 casos pertenecen a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, siendo la causa principal por la vía de transmisión sexual.

Son diferentes las variables psicosociales que se han vinculado con las conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA, entre ellas se encuentran la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, la autoestima y las relaciones intrafamiliares.

Regis (1988) afirma que una baja autoestima se relaciona con la vulnerabilidad para ceder ante los pares a conductas de riesgo, de igual manera Tedeschi y Norman (1985) encontraron que los jóvenes con baja autoestima recurrían a conductas de riesgo para parecer más atractivos ante los iguales. Respecto a los jóvenes con alta

autoestima, se refiere que disponen de un control cognitivo que les mantiene interesados en conservar su valoración positiva frente a los demás y no se arriesgan a perderla con comportamientos antinormativos (Jessor & Jessor, 1977). Además, mantienen una actitud responsable hacia ellos mismos realizando conductas saludables (Orem, 1985).

Mientras que los resultados de un estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2012) en México, indican que para utilizar condón se requiere la intención de usarlo y hablar con la pareja sobre tener relaciones sexuales y sus consecuencias, lo cual es relacionado a la comunicación tanto con el padre como con la madre sobre diversos temas sexuales, un aspecto más es que el hecho de evitar un estilo de acomodación en la negociación del condón depende de que las madres no sean impositivas, con altas exigencias y con escasa atención a las demandas de sus hijos.

El hecho de que aún no exista tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar la propagación de la enfermedad (Castillo, Gil, León & Naranjo, 2003).

Sin embargo, son pocos los antecedentes de estudios que hayan relacionado estas variables en México, de ahí que el objetivo del estudio fue identificar la relación entre los niveles de autoestima, los elementos de las relaciones intrafamiliares y autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Preparatoria número uno de Pachuca Hidalgo.

Los resultados de este estudio permitirán desarrollar programas educativos que impacten en la prevención y mejora de cada una de las variables, y en el futuro evitar altos gastos del estado para atender los contagios de VIH/SIDA y servir como

referencia para futuras investigaciones ante la falta de estudios en este tipo de muestras.

Dentro del trabajo se aborda en un primer capítulo la problemática del VIH/SIDA, su definición, epidemiología, etiología, sus tipos, consecuencias, su tratamiento y las causas o factores de riesgo. En el segundo capítulo se desarrolla la variable autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, su definición, la teoría social cognitiva de Bandura y finalmente se describen algunos estudios de autoeficacia en ámbitos de salud. En el capítulo tercero se aborda la autoestima, hablando de su definición, los tipos, la autoestima en la adolescencia, y estudios en ámbito de salud y para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Finalmente en el cuarto capítulo se expondrá el tema de los elementos de las relaciones intrafamiliares, su definición, algunos estudios de estos elementos en ámbitos de salud y también para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, y al final de algunos estudios que relacionan precisamente el nivel de autoestima, las relaciones intrafamiliares y el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA. Posteriormente se incluye el método utilizado para la investigación, los resultados de la misma y las conclusiones del estudio.

## **Capítulo 1. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**

### **Epidemiología**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012a), en el mundo desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) hasta el año 2010, aproximadamente 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus, y de ellas han muerto alrededor de 20 millones.

La OMS y el ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA) calculan que a finales del 2011 había en el mundo 34.2 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA y ese mismo año, contrajeron la infección alrededor de 2.5 millones de personas, y aproximadamente 1.7 millones murieron por causas relacionadas (OMS, 2012a).

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en 1988, el SIDA fue la causa de muerte número 18 en tanto que en 1992 ya ocupaba el quinto lugar, actualmente representa en las mujeres la cuarta causa de muerte y en varones la sexta (CENSIDA 2010).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) actualmente existen mil quinientos millones de personas jóvenes entre 12 y 24 años de edad en el mundo, de ellos, la OMS (2005) estima que 560 mil viven con VIH/SIDA y se calcula que cada año el 15% del total de adolescentes contrae una Infección de transmisión sexual (ITS).

De acuerdo con el CENSIDA (2011) en México el número de casos acumulados de VIH/SIDA desde 1983 al primer trimestre del 2011 es de 150 mil personas, durante el 2010 se tenía un registro de 225 mil personas adultas (15-49 años de edad) viviendo con VIH. En el país existen aproximadamente 22 millones de adolescentes con edades entre 11 y 19 años. Según el CENSIDA durante el primer trimestre del 2011 se diagnosticaron 623 nuevos casos de VIH/SIDA de los cuáles 195 casos pertenecen a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, siendo la causa principal por la vía de transmisión sexual.

En el estado de Hidalgo el total de habitantes es de aproximadamente 2 millones 700 mil, hasta el 2010, de los cuales el número de adolescentes asciende a 500 mil (INEGI, 2011). En este estado, el número de casos acumulados de VIH/SIDA desde 1983 es de 1,700 (CENSIDA, 2011).

## **Definición**

Debido a los primeros casos de SIDA en 1983, el descubrimiento del VIH fue resultado de las investigaciones de Luc Montagnier y Robert Gallo (Barré-Sinoussi et al., 1983).

De acuerdo con el ONUSIDA (2008) el término VIH corresponde a "Virus de Inmunodeficiencia Humana" es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) que destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Las infecciones asociadas a la inmunodeficiencia grave

se conocen como "infecciones oportunistas" porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario (OMS, 2009).

Según el ONUSIDA (2008), el término SIDA corresponde a "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección de VIH, por lo que se aplica a los estadios más avanzados de la infección.

## **Tipos**

De acuerdo con las investigaciones se 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, se diferencian genética e inmunológicamente, aunque aparentemente tienen un mismo origen por la secuencia de los nucleótidos; cabe destacar que la distribución del virus en las regiones del mundo es diferenciada principalmente en relación a su carga viral (Chaisson, Sterling & Gallant, 2002; Machuca, Soriano & González-Lahoz, 2000).

De acuerdo con Montano, Nixon y Essex (1998), y otras investigaciones 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.

Las variantes englobadas en el grupo M, a su vez, se han dividido en base a su homología genética en 9 subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J y K) y en 15 formas recombinantes (CRF, *circulant recombinant forms*). Las variantes que se englobaban

hace unos años como subtipo E han resultado ser recombinantes entre los subtipos A y E, incluyéndose actualmente en la forma recombinante CRF01-AE. Las diferencias observadas en la secuencia genética del LTR (Terminales Repetidas Largas) en los diferentes subtipos del grupo M del VIH-1 pueden afectar a los niveles de replicación viral y, por tanto, influir en la patogénesis de la infección por distintos subtipos (Michael, D'Arcy, Ehrenberg & Redfield 1994; Montano, Nixon & Essex 1998; Naghavi, Estable, Schwartz, Roeder & Vahlne 2001; Roof et al., 2002).

En el VIH-2 la mayor prevalencia se ha reportado en África Occidental. Los primeros casos detectados en otras áreas geográficas fueron consecuencia del tener relaciones sexuales con personas procedentes de las regiones africanas de alta prevalencia o recibieron transfusiones de sangre de donantes infectados (De Cock & Brun-Vézinet, 1989). Se sabe que comparte las mismas vías de transmisión que los demás retrovirus humanos, aunque con menor probabilidad de transmisión vertical (Smallman-Raynor, & Cliff, 1991). En cuanto a la progresión clínica se considera que el VIH-2 es menos virulento y, generalmente, el período de incubación es más largo, aunque finalmente causa SIDA, similar al descrito en los estadios avanzados de la infección por una recombinación de VIH-1 (De Cock & Brun-Vézinet, 1989).

### **Síntomas del VIH/SIDA**

Según el ONUSIDA (2008) la mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión se refiere al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras la infección. Las personas portadoras de VIH, tengan o no síntomas iniciales, se consideran altamente contagiosas durante este periodo inicial. Los síntomas son visibles una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario mostrando la vulnerabilidad ante diferentes infecciones (ONUSIDA, 2008).

El VIH se divide en diferentes etapas posteriores a la Infección primaria por el VIH, la cual puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo, establecidas por la OMS (2012b) en función de diversos síntomas.

La primera es la Etapa clínica I, ésta es asintomática o se presenta una inflamación general de los nódulos linfáticos, posteriormente surge la Etapa clínica II, consiste en pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas; seguida por la Etapa clínica III se presenta con diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca, en esta etapa hay personas que ya presentan SIDA (OMS, 2012b).

La última es la Etapa clínica IV la cual incluye 22 infecciones oportunistas (tuberculosis, el herpes zoster, el sarcoma de kaposi, neumonía y/o citomegalovirus y algunas neoplasias o trastornos neurológicos) o cánceres relacionados con el VIH, siendo que la mayoría de estas infecciones se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia, para este momento todas las personas en esta etapa tienen SIDA (OMS, 2012b).



## **Consecuencias Biológicas**

El VIH tiene capacidad para convertir el RNA en DNA por medio de la enzima denominada retrotranscriptasa (RT) o transcriptasa inversa, por lo cual 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 & Domingo, 2001).

Mas, Yuste, Menéndez-Arias y Domingo (2001) describen el proceso de replicación del VIH en siete etapas que son la entrada en la célula, la síntesis del DNA, la integración, la transcripción, la traducción, el ensamble y la salida del virus de la célula y la maduración. De acuerdo con estos mismos autores la evolución del virus en el organismo tiene tres fases básicas:

La fase 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 cuáles la detección de anticuerpos es imposible debido a los elevados niveles de antígenos en el individuo infectado, después de los tres meses se realiza la detección de anticuerpos y se diagnostica la presencia del VIH en el individuo, la evolución depende de la cantidad de virus en la persona diagnosticada, 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 (Mas, Yuste, Menéndez-Arias & Domingo, 2001).

La segunda es la intermedia o crónica la cual dura varios años dependiendo de diferentes factores como el tipo de VIH que se tenga, el tratamiento recibido y los

cuidados de la persona diagnosticada, se da un equilibrio entre la producción y distribución de linfocitos CD4+, esta etapa es más rápida cuando se han presentado síntomas en la etapa aguda o cuando la carga viral es alta y los linfocitos CD4+ están bajos (Mas, Yuste, Menéndez-Arias & Domingo, 2001).

La fase final o etapa SIDA, en la 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+ los cuales van disminuyendo significativamente, por lo que la persona es más vulnerable a tener infecciones oportunistas (Mas, Yuste, Menéndez-Arias & Domingo, 2001).

### **Consecuencias Psicológicas**

La implicación psicológica de la infección por VIH/SIDA es una dificultad importante, principalmente, en las personas ya diagnosticadas; ya que desde el momento del diagnóstico, están afrontando permanentemente la infección del virus, las enfermedades oportunistas y las consecuencias a nivel psicopatológico como la depresión y la ansiedad (Vera-Villarroel, Pérez, Moreno & Allende, 2004), tomando en cuenta que estas son alteraciones del estado de ánimo frecuentes en el VIH/SIDA.

Afectan áreas del comportamiento y del proceso de enfermedad, siendo sensibles a la terapia cognitiva. Existen diferentes factores que justifican la diferencia entre el ajuste y el desajuste emocional como las variables de personalidad, estilo de afrontamiento y resolución de conflictos; apoyo, estilo de vida asociado a la transmisión, la psicoimmunología y psiconeuroinmunología (Ho, Evans & Douglas 2002).

En cuanto a la ansiedad de acuerdo con Cook et al., (2004), el sujeto ansioso vive en un estado de hipervigilancia debido a la sobrevaloración de los estímulos físicos

y percibe amenazas continuas, lo que le incapacita para desarrollar estrategias; centra su atención en estímulos percibidos como enfermedad, haciendo abstracción de los atenuantes; asume, erróneamente, su incapacidad de control e incrementa la demanda de ayuda a los profesionales.

Por lo que la consecuencia de esta reacción no solamente no es operativa, sino incapacitante para el desarrollo de estrategias en el manejo de la situación (paralización) (Cook, et al., 2004).

En este proceso cognitivo, el paciente no procesa la información que puede proporcionarle alternativas válidas, ignora aquellos que pueden atenuar la situación, como el ataque de pánico, sino que focaliza su atención en los estímulos percibidos como los síntomas de enfermedad (Cook, et al., 2004).

Según Cook et al. (2004) una de las consecuencias directas de esta actitud emocional, es la percepción de indefensión, al creer erróneamente el paciente, que no es capaz de solventar la situación por sus medios. La secuencia siguiente es la continua demanda de ayuda a los profesionales de salud. En cuanto a la depresión las personas se perciben indefensas frente a la amenaza, su patrón de respuesta los aísla de los recursos como información y consulta, pueden manifestarse hostiles a sus allegados por su actitud defensiva, recibiendo poco refuerzo de su entorno, tienden a rehuir a la información que necesitan poseer para el desarrollo de estrategias de afrontamiento, estas respuestas se correlacionan con la idea negativa que muestran estas personas de sí mismas y de su futuro.

De la misma manera que las personas que presentan ansiedad, los depresivos perciben poco control de la situación e indefensión frente a la amenaza, su patrón de

respuesta, les hace aislarse de los recursos habituales como a la medicación y los autocuidados (Cook, et al., 2004).

Tienen menor capacidad de integrar ideas o vivencias lúdicas, siendo la nota dominante la Anhedonia y la focalización en aspectos negativos sobre sí mismo y su entorno. Las distorsiones cognitivas en estas personas pueden ser la polarización, el negativismo, la culpa, la infravaloración, las idea de pérdidas generalizadas e incapacidad para resolver el presente y afrontar el futuro (Cook, et al., 2004).

En las referencias bibliográficas del VIH/SIDA, encontramos muchos estudios sobre complicaciones orgánicas de la patología, pero sin embargo los mecanismos y estrategias psicológicas, son menos valorados. Así y pese a su capital importancia, las estructuras y redes de procesamiento de información de los pacientes, han sido poco descritas y estudiadas hasta la fecha (Cook, et al., 2004).

De acuerdo con Cánoves (2005) las repercusiones psicológicas ante el VIH/SIDA se pueden tratar durante las etapas del proceso de la enfermedad de una forma longitudinal como la descripción de los estados anímicos que acompañan habitualmente la evolución cronológica de la enfermedad. Estos estados anímicos se describen en términos de temores o miedos, sentimientos asociados y mecanismos adaptativos utilizados. La presencia de estos estados anímicos, se ve acompañada de trastornos emocionales.

El desarrollo cronológico de un proceso de enfermedad, puede ser descrito en términos de ciclos (Cánoves, 2005).

El ciclo inicial se caracteriza por el miedo a los posibles efectos del virus, a transmitirlo a la pareja estable, o a las potenciales parejas, por lo que causa inhibición, de igual manera las personas experimentan miedo al rechazo objetivo o subjetivo, lo

cual le produce evitación social, los sentimientos de las personas en este ciclo pueden ser de culpa por las conductas causantes de la infección, con alteraciones del estado de ánimo y percepción de fracaso. En el ciclo intermedio se presenta el miedo al deterioro y lo adverso (el paciente lleva tiempo diagnosticado); en cuanto al deterioro físico y final se experimenta miedo ya que en muchos casos, los efectos del virus producen alteraciones orgánicas e ingresos hospitalarios. Referente a lo adverso por la presencia de efectos asociados a los tratamientos, surge una disonancia cognitiva frente a la ambigüedad de la situación ya que por un lado los fármacos sirven para controlar la evolución del virus, pero en contrapartida producen efectos que comprometen la calidad de vida lo que hace que los pacientes procesen ventajas e inconvenientes y tomen sus propias decisiones (Cánoves, 2005).

Se experimenta un sentimiento de hastío, por lo tanto aparece una importante pérdida de motivación, que repercute en aspectos vitales de los pacientes y en ocasiones en el cumplimiento terapéutico, es en esta etapa donde surgen los trastornos psicológicos pueden ser de etiología orgánica, al deterioro cognitivo o neurológico, pero muchos de base psicológica (Starace, et al., 2002).

Por último se encuentra el ciclo terminal en donde el miedo es respecto a la muerte debido al avance de la enfermedad, cuando no puede ser paliado por los tratamientos disponibles, provoca un estado generalizado de indefensión, afloran sentimientos encontrados como la ira, la hostilidad y ansiedad, surge un sentimiento de pérdidas generalizadas y de incapacidad debido al duelo (Pessin, Rosenfeld, Burton & Breitbart, 2003).

## **Consecuencias Sociales**

En cuanto al aspecto social y económico cabe destacar que la cobertura de los tratamientos antirretrovirales para el VIH/SIDA es una de las principales preocupaciones de los organismos gubernamentales de cada país, ya que solo el 7% de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en países subdesarrollados tiene acceso a los tratamientos (García, Nouger & Cowgill, 2004; ONUSIDA, 2004).

De acuerdo con Saz (2001) al hablar de cambios en la composición familiar, el VIH/SIDA por ser una infección que afecta a los adultos jóvenes y a los niños, juega un papel importante generando modificaciones en el sistema de familia, entre ellos el rompimiento de las relaciones de pareja, la separación de una persona de su ámbito familiar para insertarse en otros grupos y constituir así una nueva familia, la internación prolongada en hospitales o la muerte de algunos adultos jóvenes cambia la estructura familiar.

Según Saz (2001) estas modificaciones familiares remiten a la estructura y dinámica que dibujan el perfil y la identidad del grupo co-residente en torno a las necesidades y tareas de reproducción y sobrevivencia social. De la misma manera algunas dinámicas como juegos de roles, funciones, tareas y vínculos que se estructuran en un tiempo y espacio articulando a sus miembros según el género y la generación se ven modificadas por el impacto de ser portador del VIH/SIDA.

De acuerdo con Saz (2001), en cuanto a la reorganización de roles, cuando se produce la muerte de algún familiar infectado por VIH/SIDA, se evidencia un reacomodamiento en la red familiar, en función de la adquisición de nuevas

responsabilidades y establecimiento de roles diferentes a los que venían desempeñando los adultos involucrados en la misma.

En cuanto a la reorganización del trabajo en la familia Gattino y Aquin (1999) nos dicen que los interrogantes en torno a las nuevas formas de composición familiar en un contexto de empobrecimiento, conllevan el supuesto de que las mismas son el resultado dinámico de transformaciones estructurales de la sociedad, al igual que ocurre en el mercado laboral. Ambas son estructuras de relaciones sociales muy complejas en las que se sostiene esta formación social histórica en profunda mutación. Composición familiar y composición social heterogéneas parecen tener como común denominador la crisis del mercado laboral y la pobreza.

En relación a lo anterior, de acuerdo con Saz (2001) esto se agrava en un contexto de crisis interna dado por el impacto de VIH/SIDA al interior de las familias, la reorganización de las mismas por dicha situación. El VIH/SIDA como infección y fenómeno que afecta la sociedad en su conjunto, produce nuevas formas de organizarse para la convivencia social, y en particular nuevas formas de organización familiar; en esa producción social, es la estructura ocupacional distorsionada (la desocupación, la precariedad laboral) y la reorganización del trabajo la variable de mayor peso en este proceso de transformaciones microsociales que acontecen en la vida cotidiana de las personas, teniendo al hogar y la familia como sus escenarios primordiales.

## Tratamiento

De acuerdo a la ONUSIDA (2012) no existe ninguna cura para el VIH/SIDA sin embargo, siguiendo el tratamiento de manera adecuada y continuada se puede ralentizar, y prácticamente detener, la propagación del virus en el organismo. Cada vez mejoran más las condiciones de vida de las personas seropositivas, lo que significa que pueden seguir trabajando durante mucho tiempo, incluso en países de ingresos bajos.

Cuando una persona es diagnosticada con VIH y se encuentra en la etapa de SIDA, la efectividad de los tratamientos antirretrovirales es baja por el avance de la infección. 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. El diagnóstico de la infección por el VIH/SIDA se realiza solo a través de análisis clínicos y permiten realizar el pronóstico de la infección, los métodos de laboratorio para el diagnóstico del virus pueden clasificarse en directos e indirectos. En los directos encontramos el cultivo viral, la detección de ácidos nucleídos como la reacción de cadena polimerasa que establece las secuencias específicas de DNA o RNA del virus, y la antigenemia (Gatell, et al., 2000).

En los indirectos están, la detección de anticuerpos específicos con las pruebas de screening como el enzimoimmunoanálisis, ésta es la primera prueba a realizarse para una persona con sospecha de infección por VIH/SIDA, otra es la investigación de inmunidad celular específica; las pruebas serológicas se clasifican en pruebas de screening, de aglutinación y de confirmación en las que se encuentran, la de Western



Blot, de radioinmunoprecipitación e inmunofluorescencia indirecta. (Machuca, Soriano & González-Lahoz, 2000).

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, en combinación evita que el virus se multiplique dentro del cuerpo de una persona y en algunos casos la recuperación del sistema inmunológico aumentando la cantidad y la calidad de linfocitos CD4 en la persona y de esta manera poder vivir más tiempo y proteger al cuerpo frente a las infecciones (Machuca, Soriano & González-Lahoz, 2000).

Existen diferentes pautas farmacológicas para controlar la infección por el VIH/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. Los inhibidores de la proteasa son en base al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (HAART) y requieren estar en combinación con otros fármacos para prevenir las resistencias al tratamiento (Barreiro, González del Castillo y González-Lahoz, 2001).

Las recomendaciones actuales de la OMS (2012) respecto al tratamiento del VIH/SIDA afirman que siempre se deben tomar tres medicamentos antirretrovíricos diferentes en la cantidad y frecuencia necesaria, de esta manera es difícil que el virus se adapte y sea resistente. Algunos de estos medicamentos pueden tener efectos secundarios, como náuseas, vómitos o jaquecas, estos efectos normalmente, no son graves y mejoran una vez que los pacientes se acostumbran a los fármacos.

Sin embargo, como con todas las medicinas, ocasionalmente pueden darse efectos secundarios desagradables o peligrosos. Algunos medicamentos antirretrovíricos provocan cambios a largo plazo en la fisonomía y en la distribución de las grasas en el cuerpo, lo que puede resultar molesto para las personas, antes de comenzar la terapia antirretrovírica, normalmente se pide a los pacientes que empiecen a tomar cotrimoxazole o, en ocasiones, isoniazid para prevenir la tuberculosis. La primera combinación de medicamentos que toma un paciente se denomina régimen de primera línea, cuando éste deja de actuar contra el virus, se necesitan nuevos fármacos, generalmente pasan varios años hasta que sea necesario del cambio de fármacos y se conocen como régimen de segunda línea, posteriormente cuando dejan de ser efectivos se requiere de los medicamentos de tercera línea (OMS, 2012).

Aunque tengan acceso al tratamiento antirretrovírico, las personas seropositivas necesitan otros elementos de atención como una nutrición adecuada, agua potable, higiene esencial y otros elementos de atención pueden ayudar a que mantengan una alta calidad de vida incluyendo apoyo psicológico y asesoramiento (OMS, 2012).

Existen diferentes tipos de medicamentos (ONUSIDA, 2011), dentro de los cuales están los Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, el VIH necesita una enzima llamada transcriptasa inversa para generar nuevas copias de su material genético, por ejemplo de sí mismo, este grupo de medicamentos inhibe esta enzima; otros son los Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos, este grupo de medicamentos también bloquea la transcriptasa inversa; los Inhibidores de la proteasa, el VIH necesita otra sustancia, llamada proteasa, estos medicamentos bloquean esta sustancia e impiden que el VIH se replique.

## **Prevención del VIH/SIDA**

La prevención de enfermedades consiste en una serie de medidas que eviten o disminuyan los riesgos y daños a la salud, para la cual existen tres fases, la prevención primaria en la que se busca evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad, prohibiendo o disminuyendo la exposición del individuo al factor nocivo; la prevención secundaria consiste en la detección temprana y tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente por medio de exámenes médicos periódicos y búsqueda de casos (pruebas Screening) y finalmente la prevención terciaria la cual es un conjunto de medidas para reducir limitaciones físicas, psicológicas y sociales producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio (Secretaría de Salud, 2007).

Si bien actualmente hay varios avances farmacológicos, la mejor arma de que disponemos hoy día en la lucha contra el VIH/SIDA sigue siendo la educación preventiva. Dado que un cambio voluntario de comportamiento a largo plazo es difícil de conseguir, incluso bajo las mejores circunstancias, las intervenciones educativo/preventivas deben considerar toda estrategia que pueda facilitar ese proceso de cambio deseado. Aunque el objetivo final es conseguir una determinada conducta, ciertos modelos teóricos que incorporan componentes cognitivo-perceptivos, podrían resultar de gran utilidad en la consecución de ese objetivo ya que cierta cantidad de información, aunque no suficiente para mantenerlos, sí ha mostrado ser un importante elemento predisponente para la iniciación de cambios conductuales (Soto-Mas, Lacoste-Marín, Papenfuss & Gutiérrez-León, 1997).

En la adolescencia se da el mayor número de infecciones por VIH/SIDA destacando que los síntomas se manifiestan entre 10 y 15 años posteriores a la infección sin tratamiento antirretroviral (Cortés, García, Monterrey, Fuentes, & Pérez, 2000; Moscoso, Rosario & Rodriguez, 2001; ONUSIDA, 2004).

Tomando en cuenta las estadísticas y el número significativo de población joven mencionadas en el apartado de epidemiología, se deben tener presentes los factores biológicos, psicológicos y sociales que incrementan el riesgo frente al contagio por el VIH en esta población debido a que las características asociadas a la edad como los sentimientos incipientes y la exploración de nuevos comportamientos y relaciones sociales y sexuales influyen para adquirir un mayor número de comportamientos de riesgo (Espada, Quiles y Méndez, 2003; Uribe, 1999).

### **Factores Biológicos**

El principal mecanismo de transmisión de la infección del VIH/SIDA es a través de la vía sexual en los países latinoamericanos y algunos países occidentales (ONUSIDA, 2004). Se establece que es mayor el riesgo de hombre a mujer que de mujer a hombre, no solo por la recepción de fluido seminal sino también por la sensibilidad de la mucosa vaginal, la cual debido a la penetración es expuesta a mayores laceraciones (Cummins & Dezzuit, 2000).

Entre otros factores de riesgo biológicos frente a la infección por el VIH/SIDA se encuentran las coinfecciones por otras enfermedades de transmisión sexual, los factores anatómicos como la circuncisión, los riesgos de las prácticas sexuales que generan sangrado, el contacto con la menstruación, el sexo anal, el incremento de los

fluidos cervicales durante el embarazo, la influencia del estado serológico de las personas infectadas, la alta carga viral y finalmente la utilización de medicamentos que afecten el epitelio vaginal como la progesterona (Blanco, García-Viejo, Tor, Muga & Mallolas, 2000), los cuales facilitan la infección por el VIH/SIDA, ante lo cual su presencia en una persona debe generar un diagnóstico complementario (Day, Lakhani, Hankins & Rodgers 2004).

Otra forma de contraer la infección por el VIH/SIDA es a través de la vía sanguínea o parenteral, que puede presentarse por medio de transfusiones de sangre, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas e instrumentación con equipos con sangre infectada con el VIH/SIDA, sin embargo en la actualidad la posibilidad de infección por donación o transfusión de sangre es casi nula, gracias al control que se realiza en los bancos de sangre, como en la utilización de agujas desechables y en los análisis a la sangre para conocer si tienen VIH/SIDA o no posterior a la donación de sangre (Fraser, 2005; Minga, Huet, Dohoun & Abo 2005).

La exposición parenteral es un mecanismo de transmisión del VIH/SIDA frecuente entre usuarios de drogas intravenosas, debido al hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros consumidores (Blanco, García-Viejo, Tor, Muga & Mallolas, 2000).

Un mecanismo más de transmisión es la de madre a hijo o transmisión vertical, que puede darse durante la gestación, durante el parto o la lactancia materna. El VIH/SIDA 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, de igual forma, la leche, materna puede aumentar la tasa de transmisión vertical en un 14% (Del Río & Curran, 2002).

### **Factores Psicológicos**

En los últimos años se han realizado investigaciones donde se mencionan factores de riesgo frente a la infección de VIH/SIDA como los trastornos psicológicos, entre los que destacan las conductas delictivas y el haber sido víctima de abuso sexual (Diclemente, Crosby & Wingood, 2002; Paniagua, O'Boyle & Wagner, 1997) entre otras como la autoestima y autoeficacia siendo estas el principal objeto de nuestro estudio por lo que posteriormente serán abordadas.

De acuerdo con el ONUSIDA (2005) la infección del VIH/SIDA ocurre principalmente por la recurrencia a conductas de riesgo que facilitan la transmisión del virus por el paso de células infectadas presentes en fluidos de personas portadoras del virus a otras personas que no están infectadas.

Se ha asociado a la adolescencia las problemáticas que incrementan la vulnerabilidad de esta población frente a la infección por el VIH/SIDA como son el inicio de las relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas (Perrin, Simms, Dubowitz & Szilagyi, 2000). 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, Navas, Navas & Pérez, 2002).

Los factores de riesgo pueden ser clasificados de diferentes maneras, entre las últimas clasificaciones se encuentra la mencionada por el ONUSIDA (2005) que categoriza las actividades sexuales en tres tipos; el primer tipo son las actividades

sexuales con riesgo, son las que conllevan un 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/SIDA, el intercambio de estos fluidos puede producirse a través de relaciones sexuales sin protección, la exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados y la exposición perinatal o congénita.

En las actividades sexuales 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 sea portadora de VIH/SIDA, la masturbación, las fantasías, las conversaciones eróticas y masajes no sexuales (Vidal, Coll & Reverter, 2001).

Espada, Quiles y Méndez (2003), definen conductas sexuales de riesgo como la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH/SIDA y proponen una serie de variables cognitivas, actitudinales y conductuales que determinan la adopción de actitudes de protección frente al VIH/SIDA.

Entre las variables de carácter cognitivo, se encuentran los siguientes: los sesgos en la información y creencias erróneas, debido a esto los comportamientos de riesgo suelen ser consecuencia de déficits en los conocimientos y creencias erróneas acerca de la sexualidad y/o el VIH/SIDA (Espada, Quiles & Méndez, 2003).

Un segundo factor cognitivo es la percepción formativa, el cual se refiere a lo que la persona cree que sus semejantes piensan y hacen, por ejemplo, los adolescentes que perciben como aprobado por sus pares el uso del condón, tienen mayor

probabilidad de hacer uso del mismo (DiClemente, 1991; Romer, et al., 1994; Schaalma, Kok & Peters, 1993; Walter, et al., 1992).

La percepción de riesgo, las personas que se perciben con menor riesgo de contraer VIH/SIDA probablemente no atenderán la información preventiva que se les brinde. En un estudio Murphy, Rotheram-Borus y Reid (1998), encontraron que el 87% de los adolescentes no se consideraban en absoluto en riesgo o, en todo caso, de manera muy remota. Más de un tercio estimaba que no era posible contraer el VIH/SIDA en un futuro próximo, y el 42% consideraba que tenía menos de un 50% de probabilidad de contraer el virus.

La percepción de la gravedad de la infección, es un factor de peso a la hora de valorar costes y beneficios al decidir tener o no medidas de protección, lo cual da paso al siguiente factor cognitivo, la percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras, esto se refiere a que tan competentes se sienten los adolescentes se auto-perciben para seguir estas conductas, dentro de lo que podemos mencionar la habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja y la asertividad ante las situaciones de riesgo no seguro (Murphy, Rotheram-Borus & Reid, 1998).

En cuanto al nivel de preocupación, Bimbela y Gómez (1994) afirman que mensajes basados exclusivamente en el miedo consiguen aumentar el nivel de preocupación de aquéllos que no se encuentran en riesgo de contraer VIH/SIDA, mientras que los sujetos que sí lo están tienden a la negación de dicho riesgo, por lo que es necesario hacer un equilibrio entre la activación del miedo y la información constructiva (Espada, Quiles & Méndez, 2003).

El último factor cognitivo es la percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos, es necesario que los adolescentes reciban información coherente



en relación a los métodos de prevención que utilicen y las consecuencias de dichos comportamientos (Espada, Quiles & Méndez, 2003).

Entre las variables actitudinales que desarrollan Espada, Quiles y Méndez (2003) afirman que si bien las actitudes no determinan la realización de una conducta, si predicen una mayor probabilidad de aparición, es decir que, la intención de tener siempre conductas sexuales seguras no significa que será así, pero influirá en el adolescente de mantener con más probabilidad este tipo de conductas.

Respecto a las variables conductuales se encuentran el consumo de alcohol y otras drogas, lo que puede provocar la disminución de la percepción del riesgo, la sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En un estudio O'Hara, Parris, Fichtner y Oster (1998) encontraron que los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección.

Otra conducta sexual de riesgo es tener varias parejas, existe mayor vulnerabilidad para adquirir una infección de transmisión sexual, aunque por otro lado, el tener una sola pareja sexual no garantiza la protección contra las ITS (Infecciones de transmisión sexual), a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja (O'Hara, Parris, Fichtner & Oster, 1998).

Otra conducta es el correcto uso del preservativo, esto determina su eficacia como barrera frente al VIH/SIDA. Aunque tiene un margen de fallo es mínimo y se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La forma correcta del uso del condón se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis (O'Hara, Parris, Fichtner & Oster, 1998).

## **Factores Sociales**

En el estudio de las conductas y prácticas sexuales de los jóvenes, resulta necesario conocer su forma de vida cotidiana, sus maneras de relacionarse y sus comportamientos (Couóh & Vera, 2005).

En el inicio de la infección se tenía una asociación entre el VIH/SIDA y la homosexualidad, ya que los primeros casos se presentaron en hombres homosexuales, que 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. En la actualidad la atribución que se hacía a 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).

Un aspecto que influye en los comportamientos de riesgo de los adolescentes es el grupo de referencia. De acuerdo con Vega y Lacoste (1995) 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.

Martínez y López (1997) han establecido tres grupos de factores de riesgo, el primero es el grupo de bajo riesgo los adolescentes no consumen ningún tipo de drogas, no presentan conductas sexuales de riesgo (no han iniciado su vida sexual o en todas sus relaciones sexuales utilizan el preservativo), generalmente no pertenecen a una clase social baja y su nivel de estudios es medio y alto, cuentan con una red de apoyo social estable y no tienen problemas de adaptación a los diferentes entornos.

Según estos mismos autores, el segundo es el grupo de no violentos-alto riesgo, en el que se presentan actividades características como el consumo de drogas ilegales, sus conductas sexuales son de alto riesgo por la elevada promiscuidad, suelen pertenecer a una clase social baja, perciben menor apoyo social, manifiestan insatisfacción en los aspectos educativos, laborales y tienen menor resistencia a la formación (Martínez & López, 1997).

Por último se encuentra el grupo de violentos-consumidores de riesgo, los cuales no consumen drogas ilegales pero sí alcohol los fines de semana, sus conductas sexuales son protegidas con el uso del preservativo, manifiestan como principal dificultad la familiar, su red de apoyo fundamental es el grupo de pares, se manifiestan insatisfechos en las diferentes áreas de sus vidas y desean buscar emociones más excitantes (Martínez & López, 1997).

El concepto de autoeficacia ha sido aplicado a diversas conductas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth & Carey, 1998).

Debido a que existe una gran cantidad de factores que influyen para contraer la infección del VIH/SIDA, en este trabajo solo nos enfocaremos en el estudio de tres de estos factores, que son la autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA los cuales serán abordados en los siguientes capítulos.

## **Capítulo 2. Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA**

### **Definición de Autoeficacia**

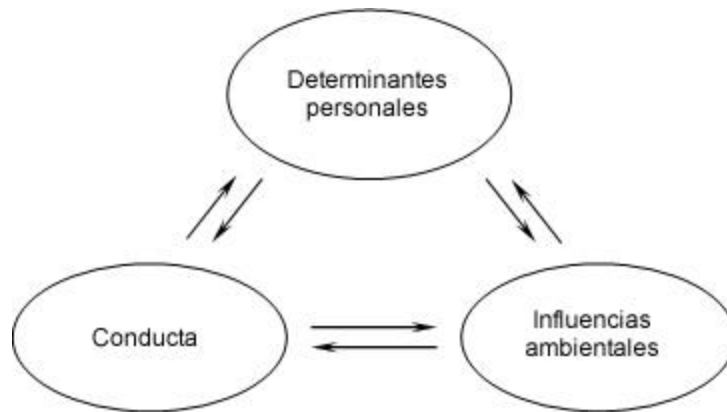
El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 y representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997). Es definida como la percepción que tiene una persona sobre la capacidad para controlar su conducta y el ambiente, y que a la vez determina su estilo de vida; 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 (Bandura, 2001a).

Algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuan efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Choi, 2004; Luszczynska, Gibbons, Piko & Tekosel, 2004; Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005).

Bandura (1977) propone que la conducta humana es el resultado de la interacción entre este autosistema y las fuentes de influencias externas y medioambientales, ya que el individuo opera dentro de las influencias socioculturales. Asimismo, considera que la capacidad humana de auto-referencia del pensamiento, permite a las personas evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta, dichas evaluaciones incluyen percepciones de auto-eficacia, en sí, la autoeficacia no es otra cosa que las autoevaluaciones que hace el individuo sobre lo que se cree capaz de hacer.

Las bases del modelo de autoeficacia (Bandura, 1997) se dan en términos de una triada de caución recíproca, es decir, se describe por medio de tres componentes

que operan en interacción unos con otros. Los tres componentes determinantes de acción propuestos por Bandura son: 1) determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; 2) la conducta 3) influencias ambientales (ver Figura 1).



*Figura 1. Esquematización de la triada de causalidad recíproca propuesta por Bandura para describir el comportamiento desde la Teoría Cognitivo-Social.*

Según Bandura (1997), los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos y una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia.

Posteriormente Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli y Regalia (2001) relacionan un bajo sentido de autoeficacia con síntomas de depresión, ansiedad y estados de desamparo. Por consiguiente, el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global sino un grupo de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado.

Es importante distinguir la autoeficacia y el locus de control. La autoeficacia percibida es un juicio de autovaloración y el locus de control es la creencia acerca de las contingencias de resultados determinados por nuestras acciones o por fuerzas fuera de nuestro control, por ejemplo, un alto locus de control no asegura sentido de poderío y bienestar (Bandura, 2001).

Las creencias de eficacia tienen efecto a través del impacto en el desarrollo cognoscitivo, la motivación y los procesos afectivos, la selección de actividades y entorno en el que las desarrolle el sujeto; jugando un papel importante en la adquisición y regulación de los roles de estilos de conducta, de esta manera, las personas pueden producir acciones que desean o perseverar en ellas con mayor efectividad, siendo la eficacia percibida, el fundamento de la acción humana (Bandura, 1997).

### **Teoría Social Cognitiva de Bandura**

Según la teoría social cognitiva, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995).

Rothman, Salovey, Antone, Keough y Martin (1993) señalan la diferencia entre contar con las habilidades para realizar algo y tener la seguridad de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes.

Esto debido a que la persona puede tener diferentes estrategias de afrontamiento eficaces sin embargo puede no necesariamente creer en su capacidad para hacer uso de ellas (Vallutis, Goreczny, Magee & Wister, 2009).

En relación con las creencias, se pueden clasificar en tres dimensiones: generalidad, fortaleza y nivel (Bandura, 2001b). En cuanto a la generalidad, las personas pueden juzgarse eficaces en varias actividades o solo en algunas, varía entre los distintos tipos de actividades, las modalidades en las que se expresan las capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. Dentro de la gama de creencias de eficacia algunas son más importantes que otras, sin embargo, las creencias fundamentales son aquellas a partir de las cuales las personas estructuran su vida.

La fortaleza se refiere a que las personas con creencias de eficacia débiles son más vulnerables a refutarlas al experimentar experiencias desagradables, mientras que las personas con creencias firmes en sus capacidades son perseverantes, no declinan ante situaciones adversas, se esfuerzan frente a las dificultades y los obstáculos. El nivel, se refiere al número de actividades que las personas se creen capaces de realizar por encima de un valor seleccionado de la fortaleza de autoeficacia (Bandura, 2001b).

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001b).

Cuando las personas que se consideran altamente eficaces experimentan un fracaso, lo atribuyen a un esfuerzo insuficiente, al empleo de estrategias inadecuadas o a circunstancias desfavorables; por lo que los obstáculos son percibidos como superables. Por otro lado las personas con baja autoeficacia, atribuyen sus fracasos a una escasa capacidad y evaluando las dificultades como enormes sobre las cuales se puede ejercer muy poco control (Krueger & Dickson, 1994).

### **Estudios de autoeficacia en ámbitos de salud**

Según Bandura (1999) la probabilidad de que las personas realicen una conducta saludable valiosa y abandonen un hábito perjudicial es atribuible a tres cogniciones: la expectativa de que se está en riesgo, la expectativa de que el cambio conductual reducirá la amenaza y la expectativa de que uno es suficientemente capaz de ejercer control sobre el hábito arriesgado.

Algunas investigaciones afirman que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski et al., 1993; Klein-Hessling, Lohaus & Ball, 2005).

La autoeficacia influye en diversos comportamientos del ser humano porque permite implantar un comportamiento deseado, genera y conserva la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, y permite conocer el proceso cognitivo y las emociones experimentadas al llevar a cabo un comportamiento o al anticipar los resultados (Noboa & Serrano-García, 2006).

Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo y las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado



de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001a).

En cuanto a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski, et al., 1993).

Uribe, Vergara y Barona (2009), plantean que para que los adolescentes puedan modificar sus comportamientos de riesgo y adquirir conductas saludables que les permitan lograr una prevención del VIH/SIDA, deben conocer el riesgo de sus comportamientos, saber que el cambio de comportamiento le generará beneficios para su salud y creer en sus capacidades y habilidades para tener control sobre su comportamiento.

### **Estudios de autoeficacia para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual**

López-Rosales y Moral de la Rubia (2001) afirman que la autoeficacia es la percepción que tienen los adolescentes sobre su competencia para lograr una prevención del VIH/SIDA, al ejecutar conductas sexuales eficientes. Señalan que 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.

Los conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA se consideran como un factor que influye en la percepción del riesgo que tengan los adolescentes sobre la infección. Al identificar el nivel de conocimientos probablemente disminuirían las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA, ya que si se aumentan los conocimientos disminuyen las ideas erróneas (DiClemente, Crosby & Wingood, 2002).

Navarro y Vargas (2005) afirman que las probabilidades de tener opciones seguras sobre los comportamientos de riesgo son menores cuando no se tienen conocimientos sobre los comportamientos de riesgo; sin embargo, otros estudios concluyen que únicamente la información y los conocimientos no son suficientes para poder modificar las conductas de protección (Tapia et al., 2004).

En una investigación realizada por Planes et al. (2004), hallaron que en la mayoría de los adolescentes que conformaron la muestra indicaron una baja percepción de autoeficacia para mantenerse abstinentes y poco conocimiento sobre las formas de prevención para la infección por VIH/SIDA.

Rasmussen-Cruz, Hidalgo-San Martín y Alfaro-Alfaro (2003), en su estudio sobre adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta, México, encontraron que el 77.3% de los adolescentes y las adolescentes sexualmente activos que pertenecían a la muestra, nunca utilizaban preservativo o lo hacían rara vez, además de que casi la mitad de ellos bebían alcohol antes de tener una relación sexual, lo cual influía en el autocontrol y en el uso correcto del preservativo.

Por su parte Planes et al. (2004), encontraron que el 64.3% de los y las adolescentes que conformaron su muestra, se sentían totalmente o muy capaces de

usar preservativo, mientras que cuando se trataba de la abstinencia sólo se percibía con esa competencia el 20% y llegaron a la conclusión que tanto el poco nivel de conocimientos sobre prevención, como la baja percepción de autoeficacia para mantenerse abstinentes, generaban una alerta sobre la necesidad de hacer un mayor esfuerzo de información para eliminar creencias equivocadas.

En un estudio en adolescentes colombianos, Uribe (2005) encontró que el 93% se consideraba capaz de pedirle a su pareja sexual que usara el preservativo; el 53,6% se consideraba capaz de conseguir condones fácilmente; el 89,3% se sentía capaz de llevar un condón por si tenía una relación sexual; el 44% se sentía capaz de contarle a su pareja si tuvieran una relación bisexual; y el 82,8% se sentía capaz de preguntarle a su pareja si había tenido relaciones sexuales con una persona que ejerciera el trabajo sexual.

Según Navarro y Vargas (2005), al observar las conductas sexuales y los conocimientos sobre el tema, afirman que la mayoría de adolescentes indican que reciben información sobre el VIH/SIDA a través de la familia, la televisión, la escuela, etc. y que los conocimientos sobre el VIH/SIDA no son aceptables en menos de la mitad de los encuestados, sin encontrar mayor diferencia entre hombres y mujeres al respecto. Por lo que si se desconocen los comportamientos de riesgo la probabilidad de tener alternativas seguras e importantes para la prevención son menores (Navarro & Vargas, 2005).

Noboa y Serrano-García (2006) hallaron que de las destrezas de negociación evaluadas, las mujeres se sentían más autoeficaces en dar razones para no incurrir en prácticas de alto riesgo y en expresar reafirmaciones por el interés de protegerse.

Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón y Góngora-Biachi (2006) hallaron que estudiantes de bachillerato en Yucatán, México presentaban un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA, pero tenían una baja percepción de susceptibilidad frente al virus, lo cual interfería en la prevención.

Gebreeyesus-Hadera, Boer y Kuiper (2007), plantean que la autoeficacia es un factor determinante de la motivación, que regularmente es visto como la intención de realizar la conducta, al igual que el aprendizaje sobre el VIH/SIDA.

Amado, Vega y Jiménez (2007) con mujeres de Colombia, con edades entre los 15 y 52 años, se encontró que a pesar de los conocimientos sobre VIH/SIDA que resultaban adecuados, presentaban comportamientos de riesgo, en el mismo estudio se logró identificar que ni la edad ni disponer de un buen nivel de conocimientos influyen de manera positiva y decisiva sobre la práctica de comportamientos de prevención.

Según Uribe, Vergara y Barona (2009) los aspectos más estudiados en relación con la autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes han sido el uso del preservativo y la habilidad de negociación ante el uso del mismo.

Para la prevención del VIH/SIDA, la autoeficacia es una de las variables más estudiadas y utilizadas en prevención, debido a su contribución en las estrategias de autocuidado. La autoeficacia percibida frente al VIH/SIDA en el ser humano puede contribuir a desarrollar conductas saludables y mantener la motivación para una constante prevención, evitando de esta manera la infección del VIH/SIDA (Uribe, Vergara y Barona, 2009).

De esta manera se puede observar la importancia de la autoeficacia en relación al VIH/SIDA, siendo la habilidad de un individuo para llevar a cabo conductas preventivas para la infección, como no tener relaciones sexuales sin protección, para

hablar con su pareja sobre las relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido emitidas, y finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo (López-Rosales, 1996).

De acuerdo a diferentes investigaciones, la autoestima es una de las variables que ha tenido una relación significativa tanto positiva como negativa en la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, en un estudio Miller y Moore (1990) encontraron que la forma de influir en esta sobre el inicio de la actividad sexual, depende del contexto normativo en el que se encuentran los jóvenes, mientras que Cole (1997b) encontró que a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales seguros disminuye.

En un estudio realizado por Vargas-Trujillo, Gambará y Botella (2006) se encontró que los adolescentes no activos o que inician más tarde su vida sexual tienden a informar niveles de autoestima más altos que sus pares activos o que se inician más temprano. Esto coincide con lo que sugieren algunos investigadores cuando afirman que la autoestima funciona como un factor de protección (Cast & Burke, 2002; Smelser, 1989).

Tomando en cuenta los anteriores estudios se observa la importancia de la autoestima en la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes, por lo que será abordada en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 3 Autoestima**

### **Definición de Autoconcepto-autoestima**

Se ha observado cierta confusión conceptual entre, las denominaciones autoconcepto, autoimagen, autoestima y autoaceptación ya que se utilizan de un modo intercambiable. Aunque los términos más utilizados son autoconcepto y autoestima, en un intento por distinguir estos conceptos algunos autores asocian el término autoconcepto a algunos aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y utilizan la denominación de autoestima para algunos aspectos evaluativo-afectivos. Fierro (1990) considera que el autoconcepto equivale al autoconocimiento entrando en este toda clase de contenidos cognitivos (preceptos, imágenes, juicios, razonamientos y esquemas mnésicos).

Los juicios sobre uno mismo constituyen probablemente la organización más importante de todo sistema de autoconocimiento. En ellos cabe diferenciar al menos dos clases de juicios: descriptivos y evaluativos. Los descriptivos refieren a como somos, tomando en consideración la edad, sexo, profesión, características físicas y modos de comportamiento. Los juicios evaluativos conciernen al aprecio o valoración que nos merecen cada una de nuestras características. La autoestima constituye la porción valorativa del autoconcepto, del autoconocimiento (Fierro, 1990).

La relación que existe entre el autoconcepto (descriptivo) y autoestima (valorativa) es de naturaleza jerárquica, pues la autodescripción sirve a la autoevaluación positiva y esta a su vez cumple funciones de protección en el sistema de la persona. No obstante, seguramente todos los juicios autodescriptivos van siempre acompañados de juicios evaluativos, puesto que todos los enunciados relativos a

nosotros mismos implican connotaciones de valor. En este sentido, ya que las dimensiones cognitiva y afectiva no son fácilmente separables, por regla general se acepta el término autoconcepto en un sentido amplio que abarca ambas dimensiones (Fierro, 1990).

Cardenal y Fierro (2003) definen el autoconcepto como un sentido de juicios tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo, consideran que el autoconcepto expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma, matizando que aunque a medida se usan de manera equivalente a autoconcepto y autoestima esta en rigor constituye el elemento valorativo dentro del autoconcepto y el conocimiento.

De acuerdo con Brim (1975), la adolescencia marca un hito importante, en el cual el autoconcepto y autoestima pasan a ocupar un lugar central en la construcción de la propia identidad en particular, los adolescentes se muestran singularmente preocupados por lo concerniente a su propio cuerpo, a sus características físicas, sexuales y a su atractivo para otro sexo (Clifford, 1971; Gallagher & Harris, 1976).

La autoestima alude a la valoración que la persona hace de sí misma, de modo que por un lado, el adolescente puede tener una imagen general de sí mismo favorable o desfavorable, y por otro lado, puesto que se desenvuelve en diversos contextos como el familiar, el escolar y el social, también desarrolla una imagen de sí mismo específica en cada uno de ellos (Cava, Musitu & Vera, 2000). En este sentido, por ejemplo, un adolescente puede tener un buen concepto de sí mismo en el ámbito familiar, pero no en el académico, o viceversa (Cava & Musitu, 2003).

La evaluación positiva del sí mismo es un aspecto fundamental para el funcionamiento adaptativo del individuo (Harter, 1999). Por otro lado, algunos trabajos que utilizan medidas multidimensionales contestan esta visión tradicional de la autoestima, e indican que elevadas puntuaciones en determinados dominios de la autoestima (autoestimas social y física) pueden constituir un potencial factor de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta de carácter externalizante como la conducta delictiva y violenta, y el consumo de sustancias (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2004; O'Moore & Kirkham, 2001).

### **Autoestima en la adolescencia**

O'Moore y Kirkham (2001) utilizaron en su estudio medidas tanto globales como multidimensionales de autoestima para comprobar las diferencias entre agresores, víctimas y un tercer grupo de adolescentes que eran a la vez agresores/ víctimas. Estos autores concluyen que tanto los agresores como las víctimas presentan el mismo nivel de autoestima, que además, es significativamente inferior al de aquellos adolescentes no implicados en problemas de agresión ni de victimización en la escuela; por otro lado, el grupo de agresores/víctimas es el que obtuvo los niveles más bajos de autoestima en comparación con el resto de grupos. Sin embargo, al analizar las distintas dimensiones de autoestima, los resultados mostraron que las víctimas se valoraban más positivamente en el dominio escolar, mientras que los agresores lo hacían en el dominio social. De hecho, no se encontraron diferencias significativas en autoestima social entre el grupo de agresores y el de adolescentes no implicados en problemas de violencia escolar.



También en el estudio de Andreou (2000), los adolescentes agresivos y aquellos sin problemas de agresión ni victimización en la escuela presentaron los niveles más elevados de autoestima social, las víctimas se situaron en una posición intermedia y las puntuaciones más bajas correspondieron al grupo de agresores/víctimas. En la dimensión de autoestima escolar, las víctimas ocuparon de nuevo la posición intermedia, aunque en esta ocasión tanto los agresores como los agresores/víctimas se valoraron más negativamente, mientras que las autopercepciones más positivas en el dominio escolar correspondieron a los adolescentes sin problemas de victimización ni agresión en la escuela.

En la autoestima deben considerarse dimensiones como la familiar y la emocional. Estas dos dimensiones han quedado relegadas en las investigaciones sobre violencia escolar, hasta el punto de que apenas existen referentes de su estudio en agresores y víctimas (Estévez, Musito & Herrero 2005). No obstante, los resultados de algunos trabajos sobre el funcionamiento familiar o el bienestar emocional de agresores y víctimas, nos sugieren que también pueden existir diferencias entre estos adolescentes en ambas dimensiones. Por ejemplo, se ha constatado que las familias con hijos agresivos se caracterizan por la existencia de problemas de comunicación, frecuentes conflictos y falta de apoyo parental (Dekovic, Wissink & Meijer, 2004; Martínez, Estévez & Jiménez, 2003), factores que fácilmente pueden desarrollar en el adolescente una autopercepción negativa de su ámbito familiar.

Respecto del bienestar emocional, se ha comprobado que los adolescentes victimizados suelen presentar más problemas de estrés, ansiedad, depresión y sentimientos de soledad (Guterman, Hahm & Cameron, 2002; Seals & Young, 2003), por lo que su autoestima emocional podría estar seriamente afectada.

## **Estudios de Autoestima en ámbitos de salud**

En el meta-análisis realizado por Kling, Hyde, Showers y Buswell (1990) encuentran que muchas de las cualidades asociadas con la masculinidad son consistentes con alta autoestima, lo que no sucede con la feminidad, por lo que no sorprende que, generalmente, se encuentre que la autoestima es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque la magnitud de la diferencia es pequeña.

Otros factores que parecen ser relevantes son el diferente trato que en la escuela se da a chicos y chicas, el énfasis en la apariencia física de las mujeres, y los diferentes roles que ocupan mujeres y hombres (Cross y Madson, 1997; Kling et al., 1999). Pero dado que muchas diferencias en autoestima han sido atribuidas a factores culturales y que existe evidencia empírica de la influencia de la cultura en la construcción del sí mismo y en su valoración (Chatham-Carpenter y DeFrancisco, 1998) cabe preguntarse en qué medida los resultados son aplicables a otras culturas. Puesto que la mayoría de los estudios sobre autoestima se ha hecho con muestras anglosajonas.

Mutad (2004) en un estudio con mujeres de las Islas Canarias confirma la relevancia de la autoestima en la salud, pues sus resultados coinciden con los de otros autores (Brown y Mankowski, 1993; DeLongis, Folkman y Lazarus, 1988; Rector y Roger, 1996). Este estudio midió diferentes sintomatologías, y la depresiva es la más asociada a autoestima y ésta también pareció estar relacionada de forma importante con los estilos de afrontamiento del estrés, que es más eficaz en las mujeres con mayor autoestima, resultado que también se ha encontrado en un estudio realizado por Rector y Roger (1996).

Pearlin, Lieberman, Managhan y Mullan (1981) han planteado que la autoestima tiene un papel mediador entre el estrés y sus efectos en la salud. Según estos autores, serían las condiciones estresantes crónicas las que harían a las personas susceptibles de perder autoestima, ya que pueden confrontar a la persona con la evidencia de sus propios fallos y con su incapacidad de cambiar las circunstancias. Por el contrario, los sucesos de corta duración o aquellos que se solucionan rápidamente no hacen conscientes a las personas de sus propias deficiencias sino que incluso este tipo de sucesos podría representar una oportunidad para aumentar la valoración de sí mismas.

### **Estudios de Autoestima para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual**

La autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluye en los estudios que intentan explicar los comportamientos que afectan a la salud de los adolescentes, particularmente, el interés por el nivel de la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual (Miller & Moore, 1990).

En un estudio de revisión posterior Miller y Moore (1990) observaron que la autoestima parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes. Más tarde Cole (1997a) encontró que la relación es contraria a la que teóricamente se predice, de acuerdo con los estudios realizados por este autor, a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales disminuye.

Los estudios más recientes sobre el tema sugieren que la pregunta debe plantearse, no es si la autoestima se encuentra asociada con el inicio de actividad sexual, sino el grado y la naturaleza de esa relación. Los resultados de algunas

investigaciones revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa, pero su dirección se diferencia por sexo (Paul, Fitzjohn, Herbison y Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Aalzma y Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000).

En concreto hoy por hoy no existe consenso en la relación que hay entre la autoestima y la actividad sexual en la adolescencia. Aunque se ha postulado una relación significativa entre la autoestima y las prácticas sexuales de riesgo, la naturaleza exacta de esa asociación no está clara. Mientras algunos investigadores informan relaciones positivas significativas entre la autoestima y la edad de inicio de la actividad sexual (Crockett, Bingham, Chopack & Vicary, 1996), otros establecen asociaciones inversas (Cole, 1997b), no observa ninguna relación (West & Sweeting 1997), o identifican que esta difiere en función del sexo (Spencer et al., 2002).

Estudios revisados por Miller y Moore (1990) revelan que la actividad sexual que contradicen los valores personales se relaciona con niveles bajos de autoestima. Un sentimiento negativo hacia el sí mismo se presume que es el resultado de las normas culturales. Esas normas culturales pueden variar en función del sexo (Dyson & Szirom, 1983; Harper & Marshall, 1991; Harter, 1999; Knox, 1998; Statham & Rhoades, 2001), el grupo étnico (Rosenberg, 1965), el país de origen (Statham & Rhoades, 2001) y el momento histórico en que se vive (Meier, 2002).

Existen diferentes teorías que relacionan el grado de autoestima con el llevar o no a cabo conductas de riesgo. Regis (1988) afirma que una baja autoestima se relaciona con la vulnerabilidad para ceder ante los pares a conductas de riesgo, de igual manera Tedeschi y Norman (1985) encontraron que los jóvenes con baja autoestima recurrían a conductas de riesgo para parecer más atractivos ante los

iguales. Respecto a los jóvenes con alta autoestima, se defiende que disponen de un control cognitivo que les mantiene interesados en conservar su valoración positiva frente a los demás y no se arriesgan a perderla con comportamientos antinormativos (Jessor y Jessor, 1977). Además, mantienen una actitud responsable hacia ellos mismos realizando conductas saludables (Orem, 1985).

La autoestima o autoconcepto, es un juicio evaluativo que cumple funciones de protección en el sistema de la persona (Fierro, 1990), de esta manera el adolescente puede tener una imagen general de sí mismo favorable o desfavorable, y por otro lado, puesto que se desenvuelve en diversos contextos como el familiar, el escolar y el social, también desarrolla una imagen de sí mismo específica en cada uno de ellos (Cava, Musitu & Vera, 2000).

Existen estudios que destacan la relación entre la autoestima y las relaciones intrafamiliares, un ejemplo de ellos es Bandura (2002) quien afirma que las relaciones con los padres contribuyen a aumentar la autoestima en los adolescentes, los cuales tienen creencias sobre su competencia para regular sus acciones y orientarlas a metas previsibles y realistas (Bandura, 2002).

Es así como se puede observar la importancia que tienen las relaciones intrafamiliares para el estudio de la autoestima, por tal motivo se ha considerado desarrollar el tema de relaciones intrafamiliares en el próximo capítulo.

## **CAPITULO 4. Relaciones intrafamiliares**

### **Definición de Relaciones Intrafamiliares**

De acuerdo con Rivera y Andrade (2010) las relaciones intrafamiliares son interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia, las cuales están compuestas por tres principales elementos los cuales son: 1) unión y apoyo, que se refiere a la tendencia de la familia para convivir, realizar actividades en conjunto y apoyarse mutuamente; 2) expresión, este se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto y 3) dificultades, que se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos problemáticos o difíciles

### **Estudios de las Relaciones Intrafamiliares en ámbitos de salud**

Se han estudiado diferentes aspectos en las relaciones intrafamiliares, el que ha mostrado efectos tanto positivos como negativos en el desarrollo psicosocial de las personas principalmente en los adolescentes, es el conflicto familiar. Se considera positivo en cuanto al fomento a la tolerancia, y el aprendizaje a la resolución de conflictos (Motrico, Fuentes & Bersabé, 2001), y el logro paulatino de autonomía, visto como un proceso vinculado a la integración psicosocial (Alonso, 2005; Cohen, 1980; Collins, Laursen, Mortensen, Luebker & Ferreira, 1997).

Respecto al efecto negativo, el conflicto familiar se considera de tal manera ya que funciona como un factor para el consumo del alcohol y drogas (Chávez, Macías, Páramo, Martínez & Ojeda, 2005; Gómez, 2008), del desarrollo de sintomatología

depresiva (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009; Galicia, Sánchez & Robles, 2009) y de ideación y tentativa suicida (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Palacios, Sánchez & Andrade, 2002).

Estos efectos positivos o negativos dependen del contexto familiar, principalmente de la unión de la familia percibida por la persona (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2004); en relación a esto Pérez y Aguilar (2009) encontraron que los adolescentes perciben conflictos frecuentes e intensos cuando sus padres son autoritarios o violentos al comunicarse, y existe inflexibilidad familiar.

Por otra parte se afirma que los adolescentes llegan a esta etapa manteniendo un buen clima en sus relaciones familiares, permaneciendo en el hogar familiar hasta casi la edad adulta, su forma de pensar es similar o igual a la de sus padres en diferentes aspectos y sintiéndose satisfechos en las relaciones con ellos (Grotevant, 1998; Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998). De esta manera, aun cuando los adolescentes inicien nuevas e importantes relaciones afectivas con amigos y parejas, mantienen los lazos afectivos con sus padres, y éstos continúan siendo una de sus principales fuentes de apego y de apoyo emocional (Noller, 1994).

Collins (1997) afirma que los conflictos entre padres e hijos/as son propios del proceso evolutivo en el que los adolescentes, negocian con sus padres la transición hacia nuevos niveles de autonomía e interdependencia acordes con su edad y al mismo tiempo mantienen los vínculos afectivos existentes con ellos. Por tanto, un nivel de conflicto normativo en las familias no tiene por qué afectar la calidad de las relaciones de apego entre padres y adolescentes cuando ocurren en un contexto de continuidad relacional (Collins, 1990; Steinberg, 1990).

Cuando existe una escasa presencia física o accesibilidad de los padres y la falta de supervisión de éstos, aunada a la ausencia de comunicación con los hijos de actividades cotidianas, se presenta una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial (Dishion, Patterson, Stoolmiller & Skinner, 1991; Serrano, Godás, Rodríguez & Mirón, 1996).

En un estudio realizado por Guadarrama, Márquez, Veytia y León (2011) con 290 estudiantes mexicanos, se encontró que la mayoría de los estudiantes perciben un funcionamiento familiar apropiado ya que manifiestan una comunicación adecuada para hacer ajustes y resolver problemas entre los integrantes.

De esta manera se ha afirmado que un mayor apoyo percibido de la familia es relacionado a un menor consumo de tabaco, alcohol (Martínez & Robles, 2001; Pons & Berjano, 1997) y drogas en el/la adolescente, aún cuando su grupo de iguales presenta un consumo extremo (Frauenglass, Routh, Pantin & Mason, 1997).

En el mismo aspecto Muñoz-Rivas y Graña (2001) afirman que determinados ambientes familiares pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes ya que en estudios han relacionado que la existencia de normas explícitas en la familia que prohíben sólo el uso de drogas ilegales predice un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco. Probablemente, los hijos entienden que las drogas legales son menos peligrosas o menos dañinas para la salud al no ser expresamente rechazadas por los padres.

En otras investigaciones se han encontrado diversas variables que predicen el consumo excesivo de alcohol relacionadas a la dinámica familiar como inicio temprano del consumo, tener muchos hermanos (un factor que se suele asociar a familias multiproblema), baja supervisión parental, bajas expectativas académicas y un mayor



número de síntomas de externalización, como impulsividad y agresividad (Osa, Ezpeleta, Guillamón, Sala & Marcos, 2002).

La dificultad de comunicación con los padres se asocia a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico y a un mayor consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas. Asimismo, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad (Weinstein, 1992) o el inicio temprano de la carrera alcohólica (Bejarano & Jiménez, 1993) son claros predictores de estilos de riesgo extremos y perdurables.

### **Estudios de las Relaciones intrafamiliares para ejecutar conductas preventivas del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual**

De acuerdo con Noar (2007) para la explicación del comportamiento sexual preventivo, deben incluirse variables referentes a la familia ya que proveen un contexto de aprendizaje e influencia en este.

Existen diferentes estudios que destacan la influencia que tienen los padres sobre los hijos para que lleven a cabo conductas sexuales preventivas (Hovell et al., 1994; Eisenberg, Sieving, Bearinger, Swain & Resnick, 2006), esto debido a que los padres funcionan como modelos de conducta, favorecen el proceso de socialización (Minuchin, 1974) y transmiten la cultura a los hijos (Duffy, 2005).

Algunas investigaciones que se han enfocado en la estructura familiar señalan que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos, presentan menos probabilidad de iniciarse sexualmente de manera temprana que aquellos que viven en familias de un solo padre o reconstituidas (Brewster, Billy & Grandy, 1993; Capaldi,

Crosby & Stoolmiller, 1996; Forste y Heaton, 1988; Miller, et al., 1997; Upchurch, Aneshensel, Sucoff & Leavy-Storms, 1999).

Estos resultados se atribuyen a situaciones como la permisividad de los padres que no viven con su pareja, como consecuencia de sus propias interacciones sexuales con otra(s) parejas (Miller & Moore, 1990) o a la poca supervisión que tiene el adolescente por parte de sus padres (Small & Luster, 1994; Voydanoff & Dannelly, 1990). Algunos estudios (Miller, et al., 1997; Small & Luster, 1994) reportan como un factor importante el nivel educativo de los padres, es decir, que a bajos niveles educativos de los padres aumenta la probabilidad de inicio precoz de la vida sexual en los adolescentes.

Otros estudios muestran que existe una influencia entre hermanos en la conducta sexual de riesgo ya que tienden a ser tomados como modelos en el comportamiento sexual (Kowal & Blinn-Pike, 2004). En relación a esto, Widmer (1997) considera que aun cuando la influencia fraterna es menor en comparación a la de los padres en relación al comportamiento sexual, las relaciones entre los hermanos y su impacto en la conducta sexual preventiva no debe ignorarse.

Eisenberg et al. (2006) consideran que tanto los padres como las madres influyen sobre los hijos por medio de diversas actitudes, prácticas y comunicación en diferentes situaciones, por lo que la comunicación paterna es relacionada directamente a la intención de usar preservativo, así como los estilos parentales influyen en la comunicación sexual con la pareja.

Los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA parecen ser la base para poderse comunicar con la pareja o para poder acercarse al hermano mayor a través de dudas o preguntas (Enríquez, Sánchez & Robles, 2012).

En México un estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2012) los resultados indican que para utilizar condón se requiere la intención de usarlo y hablar con la pareja sobre tener relaciones sexuales y sus consecuencias, lo cual es relacionado a la comunicación tanto con el padre como con la madre sobre diversos temas sexuales, un aspecto más es que el hecho de evitar un estilo de acomodación en la negociación del condón depende de que las madres no sean impositivas, con altas exigencias y con escasa atención a las demandas de sus hijos.

De acuerdo con estos mismos autores se requiere tener cercanía con el hermano mayor, probablemente para hablar y resolver dudas o inclusive para fungir como modelo para aprender a hablar con la pareja. También afirman que la comunicación sexual con la pareja está relacionada con el hecho de tener una buena relación con el padre, que éste se encuentre involucrado y atento a las demandas de su hijo (Enríquez, Sánchez & Robles (2012).

Autores como Caffery (2000) y Upchurch, Aneshensel, Sucoff y Levy-Storms (1999) señalan que cuando las técnicas disciplinarias son extremas (pocas o muchas reglas) existe mayor probabilidad para tener relaciones sexuales precoces.

En cuanto a la relación con los hermanos menores, estos pueden contribuir al aprendizaje de un estilo de negociación equidad-colaboración, que posteriormente será utilizado con la pareja para negociar el condón de manera exitosa (Robles & Díaz-Loving, 2011).

En cuanto al apoyo parental, Meschke, Bartholomae y Zentall (2002) refieren que altos niveles de conexión entre padre y adolescentes, se asocia con una menor probabilidad de embarazo en mujeres. Por su parte Palacios (2005) encontró que los adolescentes que perciben menos autonomía y mayor imposición del papá, así como,

menor apoyo, autonomía reconocimiento, supervisión, motivación y una mayor imposición y control por parte de la mamá son adolescentes que presentan una vida sexual activa en comparación de los que no son sexualmente activos.

Diferentes estudios indican la importancia de la familia para los adolescentes y la influencia en su relación con los iguales. Caffery (2000) encontró que ante una relación pobre o nula entre el adolescente y sus padres, el adolescente puede presentar conductas de riesgo como el sexo no protegido, o bien, puede resentirse y rebelarse debido a la percepción de un sobrecontrol y sobremonitoreo por parte de sus padres, por lo cual se involucre probablemente en conductas sexuales. Mientras que si las relaciones son sólidas, pueden establecer acuerdos con respecto a este tópico, lo que conducirá a la demora del inicio de la conducta sexual (Fisher, 1986; Upchurch, Aneshensel, Sucoff & Levy-Storms, 1999).

Con estos estudios se muestra la importancia de las relaciones intrafamiliares y su relación con la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, ya que elementos como la comunicación, la unión, el apoyo y las dificultades que se presenten en la familia, tienen influencia sobre el desarrollo psicosocial de las personas principalmente de los adolescentes (Alonso, 2005; Cohen, 1980; Collins, Laursen, Mortensen, Luebker & Ferreira, 1997; Motrico, Fuentes & Bersabé, 2001).

## **Estudios relacionados**

De acuerdo con diferentes investigaciones se ha afirmado que la falta de disponibilidad y accesibilidad parental (frecuentemente asociadas a la falta de supervisión familiar) y la dificultad para resistir la presión de los iguales parecen estar relacionadas con la tendencia a realizar conductas de riesgo (Dishion, Patterson,

Stoolmiller y Skinner, 1991). Estos adolescentes más adelante se relacionan con iguales conflictivos y ganan estatus social al servir de modelo de comportamiento adulto (fumar, beber, tener relaciones sexuales) para los otros adolescentes adaptados, lo que refuerza más aún la realización de conductas de riesgo o de carácter antisocial (Moffitt, 1997).

De igual manera se ha asociado la dificultad de comunicación con los padres a la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad (Weinstein, 1992) o el inicio temprano de la carrera alcohólica (Bejarano & Jiménez, 1993) son claros predictores de estilos de riesgo extremos y perdurables.

Lehr, Dilorio, Dudley y Lipana (2000) encuentran que no son los que más hablan con sus padres los que más tarde inician su actividad sexual, sino que los extremos (los que más se comunican y los que menos) son los que comienzan antes a tener relaciones sexuales.

También se ha encontrado en estudios por Pike de Weiss, Díaz-Loving, Rivera, Flores y Andrade (1987), una relación positiva entre la conducta sexual y reproductiva de la adolescente y la que su madre tuvo cuando joven, mientras más temprana fue la experiencia sexual de la madre, más temprana fue la iniciación de la hija.

Meschke, Bartholomae y Zentall (2002), refieren que altos niveles de conexión entre padres y adolescentes, se asocia con una menor probabilidad de conductas sexuales de riesgo en las mujeres. Sobre todo el control y el apoyo parental se relacionan con una reducida actividad sexual y un incremento en el uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con esto, un estudio realizado por Salazar-Granara et al. (2007) con una muestra de 1110 adolescentes en Lima-Perú, en los resultados indican que en cuanto a conocimientos sobre sexualidad el 50% de los adolescentes tienen un nivel

calificado como malo y el 15.5% como muy malo, el 17.9% indicaba tener una vida sexual activa de los cuales el 83% han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin uso de condón), en cuanto a las relaciones con sus padres los resultados indicaron que la comunicación en un 19.4% era mala y un 76% muy mala, la comunicación sobre conocimientos de sexualidad el 95.4% va de regular a mala.

Por lo que respecta a la autoestima, en un estudio Miller y Moore (1990) encontraron que la forma de influir en esta sobre el inicio de la actividad sexual, depende del contexto normativo en el que se encuentran los jóvenes, mientras que Cole (1997b) encontró que a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales seguros disminuye.

Por otra parte algunos investigadores informan relaciones positivas significativas entre la autoestima y la edad de inicio de actividad sexual (Crockett, Bingham, Chopack & Vicary, 1996), otros establecen asociaciones inversas (Cole, 1997b), no observan ninguna relación (West & Sweeting, 1997) o identifican que ésta difiere en función del sexo (Spencer, Zimet, Aalsma & Orr, 2002).

En un estudio realizado por Vargas-Trujillo, Gambará y Botella (2006) se encontró que los adolescentes no activos o que inician más tarde su vida sexual tienden a informar niveles de autoestima más altos que sus pares activos o que se inician más temprano. Esto coincide con lo que sugieren algunos investigadores cuando afirman que la autoestima funciona como un factor de protección (Cast & Burke, 2002; Smelser, 1989).

El impacto de intervenciones que involucran a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, muestran su efecto en el comportamiento sexual de los adolescentes, principalmente en cuanto a un mayor uso de condón. En la mayoría de

las intervenciones que midieron variables concernientes a las relaciones sexuales, se observa un efecto positivo, por ejemplo en el retraso en su inicio. También se identifica un efecto positivo sobre las intenciones de retrasar o rechazar las relaciones sexuales y/o de usar anticonceptivos; esto es alentador considerando que las intenciones son determinantes de la conducta (Ajzen, 1991; Atienzo, Campero, Estrada, Rouse & Walker, 2011).

Es por esto que el objetivo de este estudio fue identificar la relación entre los niveles de autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo. De esta manera el método de éste estudio será presentado a continuación.

## Método

### Justificación

A finales de 2011 el número total de personas infectadas por el VIH/SIDA en el mundo era de 36.7 millones y aproximadamente 1.7 millones murieron por causas relacionadas (OMS, 2012). La OMS (2005) estima que 560 mil personas jóvenes entre 12 y 24 viven con VIH/SIDA y se calcula que cada año el 15% del total de adolescentes contrae una infección de transmisión sexual (ITS). De acuerdo con el CENSIDA (2011) durante el primer trimestre del 2011 se diagnosticaron 623 nuevos casos de VIH/SIDA de los cuáles 195 casos pertenecen a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, siendo la causa principal por la vía de transmisión sexual.

Son diferentes las variables psicosociales que se han vinculado con las conductas sexuales de riesgo para la infección de VIH/SIDA, entre ellas se encuentran el bajo nivel de conocimiento, las actitudes y la susceptibilidad frente al VIH/SIDA, el déficit de autoeficacia para el uso del preservativo, el déficit en autoestima, autocontrol y habilidades sociales, la búsqueda de sensaciones, entre otros (Uribe, 2005; Valderrama et al., 2008). Dentro de estos factores la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, la autoestima y las relaciones intrafamiliares han mostrado ser variables de importancia.

Algunos estudios señalan la autoestima, la identidad y la autoimagen facilitan las habilidades de comunicación en pareja y principalmente contribuye al rechazo de las relaciones sexuales sin protección. La autoestima contribuye a las conductas sexuales de protección de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (Salazar et al., 2004).



En México un estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2012) indica que para utilizar condón se requiere la intención de usarlo y hablar con la pareja sobre tener relaciones sexuales y sus consecuencias. Estas variables, en el caso de los adolescentes, se asocian con una mayor comunicación tanto con el padre como con la madre sobre diversos temas sexuales. También afirman que la comunicación sexual con la pareja está relacionada con el hecho de tener una buena relación con el padre, que éste se encuentre involucrado y atento a las demandas de su hijo (padre autorizativo). Un estilo parental autorizativo del padre depende de que sea flexible con sus hijos (padre permisivo), y de que haya una madre que no presente exigencias y escasa atención a las necesidades de sus hijos (madre negligente) sino que sea más bien autorizativa igual que el padre.

Sin embargo, son pocos los antecedentes de estudios que hayan relacionado estas variables en México y en el estado de Hidalgo. De ahí que el objetivo del estudio fue identificar la relación entre los niveles de autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo.

Los resultados de este estudio permitirán tener una aproximación al conocimiento del medio tanto individual como familiar en el que se están desarrollando los adolescentes de nivel medio superior. Se podrá saber si existe o no una relación significativa entre la autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA de este estudio y así poder desarrollar programas educativos tomando en cuenta cada uno de estos aspectos en los estudiantes, de manera que impacten en la prevención y mejora de cada una de las variables evitando las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que se generan en las personas que

viven con VIH/SIDA y en su entorno. De igual manera se podrán evitar en el futuro altos gastos del estado en atender las infecciones de VIH/SIDA y servir como referencia para futuras investigaciones ante la falta de estudios en este tipo de muestras.

### **Objetivo general**

Identificar la relación entre los niveles de autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar el nivel de autoestima en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.
2. Determinar los elementos de las relaciones intrafamiliares en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.
3. Determinar el nivel de autoeficacia para prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.
4. Determinar la relación entre el nivel de autoestima y los elementos de las relaciones intrafamiliares en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.
5. Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

6. Determinar la relación entre los elementos de las relaciones intrafamiliares y el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Preparatoria No. 1 de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis Conceptuales**

Las relaciones con los padres contribuyen a aumentar la autoestima en los adolescentes, los cuales tienen creencias sobre su competencia para regular sus acciones y orientarlas a metas previsibles y realistas (Bandura, 2002).

La autoestima, la identidad y la autoimagen facilitan las habilidades de comunicación en pareja y principalmente contribuye al rechazo de las relaciones sexuales sin protección. La autoestima contribuye a la realización de conductas sexuales de protección de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Cast & Burke, 2002; Salazar et al., 2004).

Altos niveles de conexión entre padres y adolescentes, se asocia con una menor probabilidad de conductas sexuales de riesgo. Sobre todo el control y el apoyo parental se relacionan con una reducida actividad sexual y un incremento en el uso de métodos anticonceptivos (Meschke, Bartholomae & Zentall, 2002)

## **Hipótesis Estadísticas**

H0<sub>1</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de los elementos de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo.

H1<sub>1</sub>: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de los elementos de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo.

H0<sub>2</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y el nivel de autoestima en estudiantes de la Preparatoria No. 1.

H1<sub>2</sub>: Si existe relación estadísticamente significativo entre el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y el nivel de autoestima en estudiantes de la Preparatoria No. 1.

H0<sub>3</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y el nivel de los elementos de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1.

H1<sub>3</sub>: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y el nivel de los elementos de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1

## Variables

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
<p><b>Autoeficacia en la prevención del SIDA</b></p>	<p>Percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA (López-Rosales &amp; Moral-de la Rubia, 2001).</p>	<p>Se utilizó la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA SEA-27 (Self-Efficacy for AIDS) (Kasen, Vaugahan y Walter 1992), cuya validación Mexicana fue realizada por López-Rosales y Moral de la Rubia (2001). Conformada por cuatro factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias</li> <li>2) Uso del preservativo</li> <li>3) Matrimonio, fidelidad y hablar de relaciones sexuales con los padres</li> <li>4) Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo (ver anexo 2).</li> </ol>

<p><b>Nivel de Autoestima</b></p>	<p>La autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo. La alta autoestima implica que el individuo piensa que él es “muy bueno” o “suficientemente bueno”; se respeta y se estima, no se ve mejor o peor que los demás, ni piensa que es la perfección, antes al contrario reconoce sus limitaciones, pero confía en que puede mejorar y madurar (Rosenberg, 1965).</p>	<p>Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) en su versión validada en México por González-Forteza (1993) (ver anexo 4).</p>
<p><b>Elementos de las Relaciones Intrafamiliares</b></p>	<p>Interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. (Rivera-Heredia &amp; Andrade-Palos, 2010).</p>	<p>Se utilizó la Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares ERI, desarrollada en México por Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2010).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Unión y apoyo</li> <li>2) Expresión</li> <li>3) Dificultades (ver anexo 3)</li> </ol>

## **Participantes**

Participaron 260 estudiantes del turno matutino de la Preparatoria No. 1 perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, con un rango de edad de 15 a 18 años y una media de 16 años de edad los cuales fueron seleccionados de manera no probabilística.

### *Criterios de inclusión:*

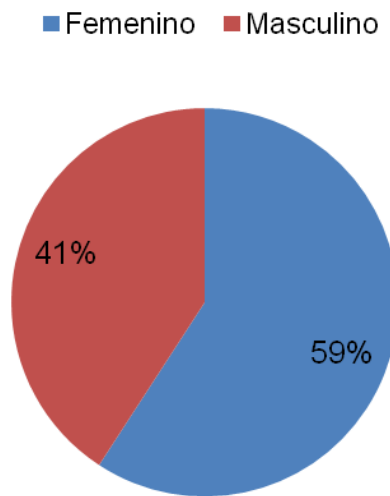
- Los alumnos fueron estudiantes de la Preparatoria No. 1.
- Sus edades fluctuaron entre 15 y 18 años cumplidos.
- Se encontraban inmersos en un ambiente familiar.
- Participaron de manera informada y voluntaria.
- Entregaron en tiempo y forma los instrumentos debidamente contestados.

### *Criterios de exclusión:*

- Presentar alguna discapacidad.
- Padecer alguna enfermedad física o mental.

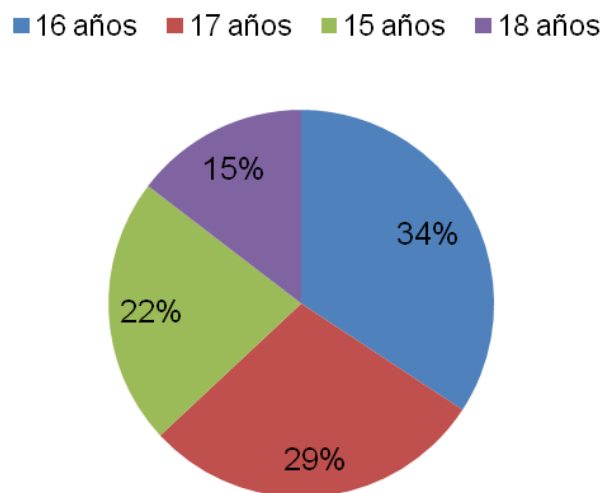
## **Tipo de estudio y diseño**

Se llevó a cabo un diseño no experimental, transversal, correlacional.



*Figura 2. Distribución por sexo*

La figura 2 describe la distribución por sexo de la muestra de estudio, como se puede observar el 41% (106) de los sujetos pertenecen al sexo masculino, mientras que el 78% (154) al femenino.



*Figura 3. Distribución por edad*



La figura 3 describe la distribución por edad de la muestra de estudio, en la cual podemos observar que la edad que más se repite es 16 años con 89 sujetos, mientras que 18 años es la edad en la que menos sujetos hay (38).

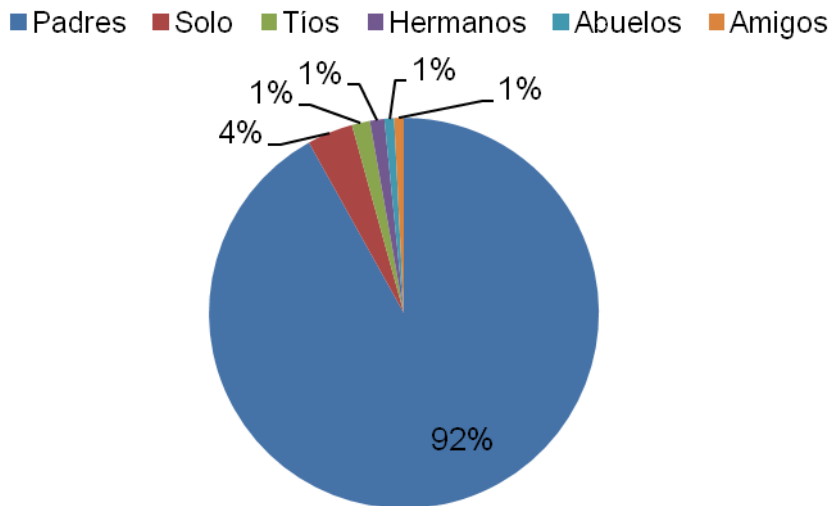


Figura 4. Distribución de personas con quienes viven

La figura 4 representa la distribución de personas con las que vive el sujeto, la cual está integrada por 239 adolescentes que viven con sus padres, 10 viven solos, 4 con sus tíos, 3 con sus hermanos, 2 con sus abuelos, y 2 con amigos.

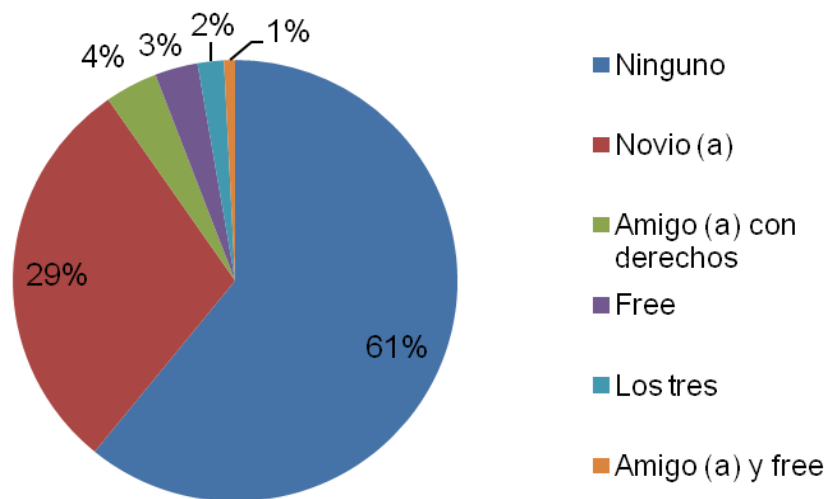
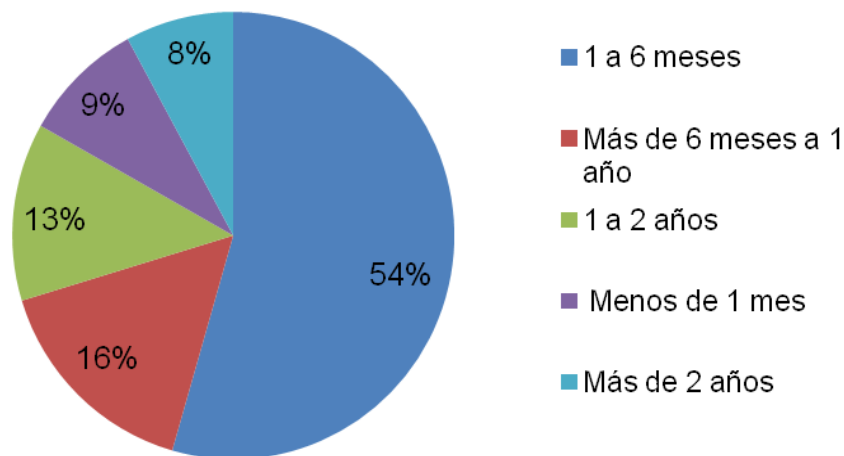


Figura 5. Distribución por tipo de relación de pareja actual

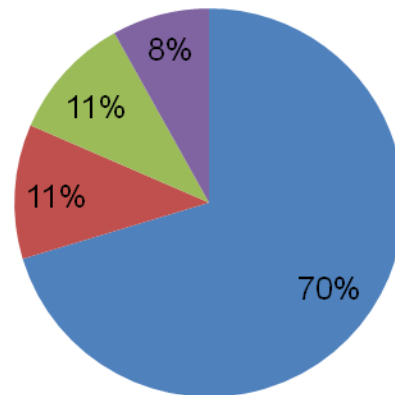
La figura 5 representa la distribución por tipo de relación, la cual estuvo integrada por 157 sujetos que no tienen un alguna relación, 76 en una relación de noviazgo, 10 que tienen amigos con derechos, 8 que tienen free, 5 mantienen los tres tipos de relaciones, 2 que tienen novio y free, 1 con novio y amigo con derechos y 1 que tiene amigo con derechos y free.



*Figura 6. Distribución por tiempo de la relación de pareja actual*

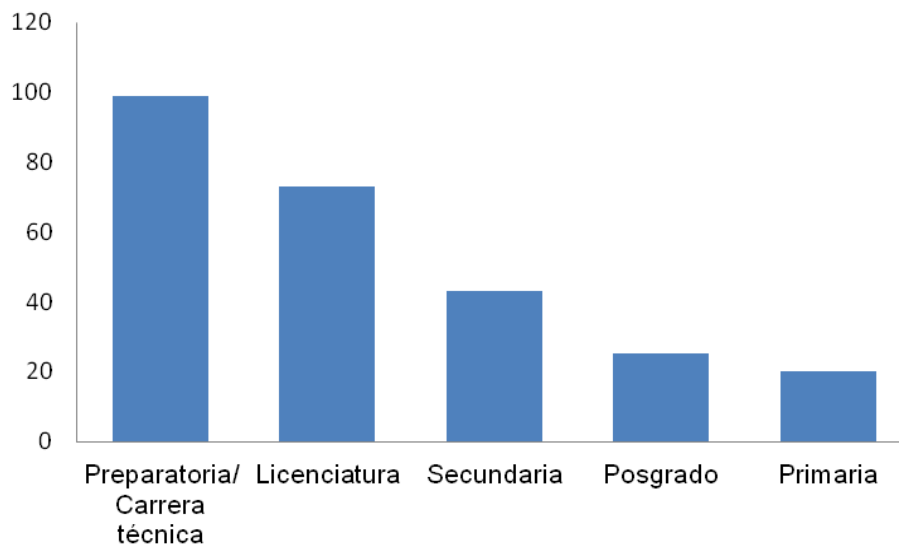
La figura 6 representa la distribución por tiempo de la relación, la cual está integrada por 9 sujetos con una relación de menos de 1 mes, 55 sujetos con una relación de 1 a 6 meses, 16 sujetos con una relación de más de 6 meses a un año, 13 sujetos con una relación de más de 1 año a 2 años, 5 sujetos con una relación de más de 2 años.

■ Casados ■ Separados ■ Divorciados ■ Unión libre



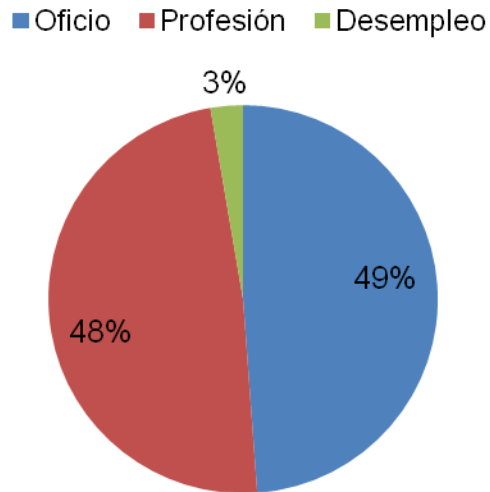
*Figura 7. Distribución por estado civil de los padres*

La figura 7 representa la distribución por el estado civil de los padres, a cual está integrada por 183 casados, 29 separados, 27 divorciados y 21 en unión libre.



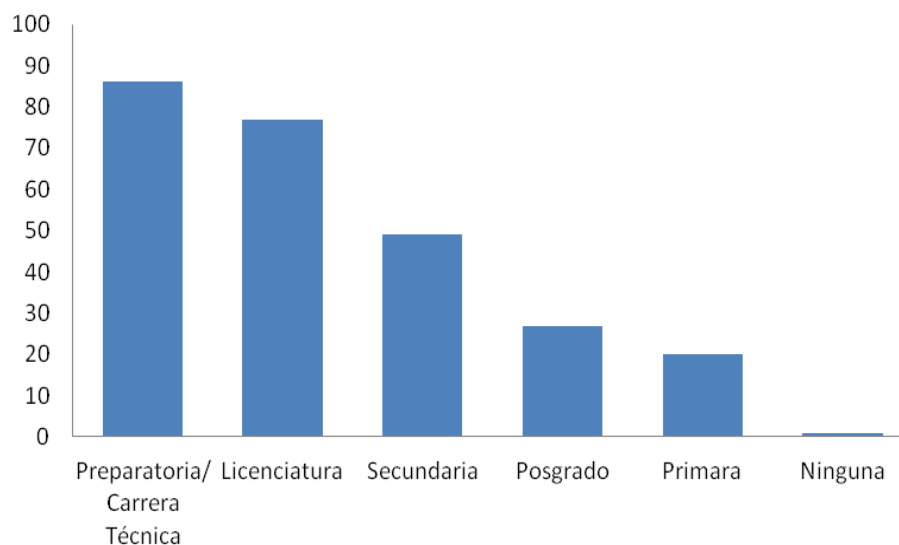
*Figura 8. Distribución por escolaridad del padre*

La figura 8 representa la distribución por escolaridad del padre la cual está integrada 99 sujetos de nivel preparatoria, 73 de nivel licenciatura, 43 de secundaria, 25 en posgrado y 20 de nivel primaria.



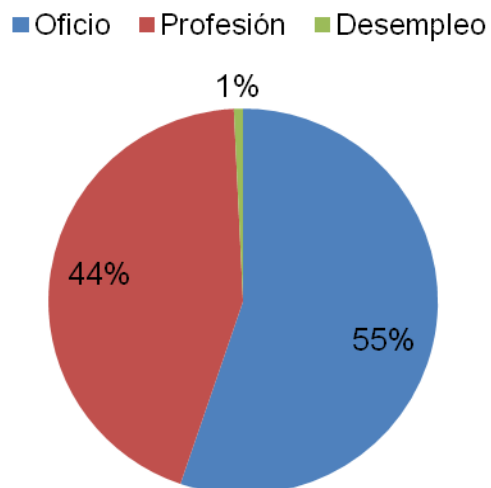
*Figura 9. Distribución por ocupación del padre*

La figura 9 representa la distribución por ocupación del padre, la cual está integrada por 127 que se desempeñan en algún oficio, 126 que ejercen un profesión y 7 que se encuentran desempleados.



*Figura 10. Distribución por escolaridad de la madre*

La figura 10 representa la distribución por escolaridad del padre la cual está integrada por 86 mujeres de nivel preparatoria, 77 de nivel licenciatura, 49 de secundaria, 27 en posgrado, 20 nivel primaria y 1 sin escolaridad.



*Figura 11. Distribución por ocupación de la madre*

La figura 11 representa la distribución por ocupación de la madre, la cual está integrada por 143 que desempeñan algún oficio, 114 que se desempeñan como profesionistas, 2 que se encuentran desempleadas y 1 que estudia.

## **Instrumentos**

### **Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA**

Para medir esta variable se utilizó la escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA, SEA-27 (Self-Efficacy for AIDS) de Kasen, Vaughan y Walter (1992), cuya validación en México fue realizada por López Rosales y Moral de la Rubia (2001) para medir la autoeficacia percibida en el mantenimiento de una conducta sexual preventiva del SIDA.

La escala consta de 27 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, dividido en cuatro factores.

- El primer factor (SEAF1) cuenta con una consistencia interna de .92 y comprende 11 elementos (A1 a A11), que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.
- El segundo factor (SEAF2) cuenta con una consistencia interna de .75 y comprende 8 elementos (C1 a C8) referentes al uso del preservativo.
- El tercer factor (SEAF3) cuenta con una consistencia interna de .75 y comprende 4 elementos (C9 a C12) sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres.
- El cuarto factor (SEAF4) cuenta con una consistencia interna de .80 y está compuesto por los 4 elementos (B1 a B4) sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.

## **Escala de Autoestima de Rosenberg**

Para medir esta variable se empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) validada por González-Forteza (1993). La escala consta de 10 reactivos con 4 opciones de respuesta cada uno, que van de Muy de Acuerdo (1) a Muy en Desacuerdo (4), se considera que a mayor puntaje mayor autoestima. Las dos dimensiones que la componen contemplan: atributos positivos y negativos de autoestima. La escala está formada por 10 reactivos originales de Rosenberg (1965), con el mismo formato de respuesta de cuatro opciones.

La consistencia interna de la escala es de 0.75, compuesta por dos dimensiones que explican el 43.6% de la varianza total: características positivas y características negativas de autoestima.

Para la corrección se considera que los ítems 1, 2,4, 6, y 9 se puntúan de la siguiente forma: Muy de acuerdo= 4; De acuerdo =3; En desacuerdo =2; Muy en desacuerdo =1. En cambio los ítems 3,5,7 y 8 se puntúan en orden inverso, es decir, Muy de acuerdo=1 ; De acuerdo=2, En desacuerdo =3; Muy en desacuerdo =4. Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman y se obtiene una puntuación global. Una puntuación superior a 25 indica una autoestima positiva.

Una vez obtenida la puntuación se dividió en tres niveles:

Nivel bajo de autoestima: 17 a 20

Nivel de moderada autoestima: 21 a 24

Nivel de alta autoestima: de 25 en adelante

Cabe señalar que se toma el rango de puntuación del 17 al 30, ya que la puntuación más baja fue 17 y la más alta de 30. El número que se encuentra entre paréntesis indica la representación de cada nivel.

## **Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares**

Se utilizó la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) realizada por Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2010). Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo (5) a Totalmente en Desacuerdo (1). Existen tres versiones del ERI, la versión completa es la que se utilizará en este estudio.

Los puntajes que obtienen las personas en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos. La confiabilidad total del instrumento es de .93

La dimensión de unión y apoyo cuya confiabilidad es de .92 mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente, se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar; está conformada por 11 reactivos, (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55).

La segunda dimensión es la de Expresión, mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto; tiene una confiabilidad de .92 y está compuesto por 22 reactivos (1, 3, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53).

La tercera dimensión es la de Dificultades, evalúa los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia; la confiabilidad de esta dimensión es de



.93, está compuesta por 23 reactivos (2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56).

Para que la escala pueda ser calificada primero se tiene que elegir la versión del ERI que se utilizará, después se deben identificar los reactivos que integran cada dimensión, después se tienen que sumar los reactivos que integran las dimensiones, se debe sacar el promedio de la dimensión (dividir el total entre el número de reactivos) sumar el total de unión y apoyo y expresión y por último se resta el total de dificultades.

Posterior a calificación de la escala, se procede a realizar la interpretación de los datos obtenido en la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) con la ayuda de la siguiente tabla:

*Normas de calificación del Instrumento Elementos de las Relaciones Intrafamiliares*

<b>ESCALAS</b>	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO-ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>MEDIO-BAJO</b>	<b>BAJO</b>
<b>EXPRESIÓN</b>	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
<b>DIFICULTADES</b>	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
<b>UNIÓN</b>	55-47	46-38	37-29	28-20	19-11
<b>TOTAL</b>	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

## **Procedimiento**

Por medio de un oficio dirigido a las autoridades de la Preparatoria No. 1 dependiente de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en el cual se le explicó el objetivo del proyecto de investigación y se describieron los diversos instrumentos que se aplicaron a la muestra se obtuvo el acceso a la institución. Posteriormente se trabajó directamente con el psicólogo escolar, con su ayuda se determinaron las fechas de aplicación de pruebas. Se le informó a la población que el objetivo de la investigación era conocer acerca de ellos, de sus familias y de la forma en la que se relacionaban en pareja y se les pidió contestar los cuestionarios proporcionados.

Se les dejó claro que los datos que proporcionaron serían totalmente anónimos y únicamente los investigadores, usarían la información para fines académicos, de igual manera se les exhortó a ser completamente sinceros en sus respuestas. Y los cuestionarios nos fueron evaluados de forma individual sino que los datos obtenidos fueron tomados de forma global. Se leyeron en voz alta las instrucciones de los cuestionarios y los aplicadores permanecieron en el salón durante el tiempo que duró la aplicación de los mismos para la resolución de cualquier duda.

La aplicación fue llevada a cabo en cinco de los seis semestres en tomando en cuenta para la selección a todos los grupos y en diferentes etapas durante tres días. Posteriormente se procedió al análisis de los datos por medio del paquete estadístico SPSS, fue un análisis de correlación de Pearson de las variables.

## Resultados

El objetivo general del estudio fue identificar la relación del nivel de autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo. Los tres primeros objetivos específicos fueron determinar el nivel de autoestima, las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA, en adolescentes en un rango de edad de 15 a 18 años.

*Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de las variables autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA, relaciones intrafamiliares y autoestima.*

Variable	Rango teórico	Media $\bar{X}$	Desviación estándar
<b>Autoestima</b>	17-30	32.91	4.12
<b>Relaciones intrafamiliares</b>	56-180	179.31	14.20
Unión y apoyo	11-55	45.20	7.94
Expresión	22-110	83.41	14.42
Dificultades	23-115	50.68	4.57
<b>Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA</b>	27-135	100.59	20.33
Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	11-55	37.86	14.48
Uso del preservativo	8-40	34.07	5.46
El matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres	4-20	12.39	4.31
Capacidad para preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas	4-20	16.25	3.51

La tabla 2 muestra los datos reportados del primer objetivo específico, el cual fue determinar el nivel de autoestima en los estudiantes, estos en un rango de edad de 15 a 18 años, se obtuvo una media de 32.91 y una desviación estándar de 4.12, lo cual indica que el nivel de autoestima en los estudiantes es alta, ya que la media se encuentra por encima de la media teórica (23.5).

También en la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo al segundo objetivo específico, el cual fue determinar el nivel de las relaciones intrafamiliares en los estudiantes, evaluada con la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI) en adolescentes de 15 a 18 años, cuenta con una media de 179.31 y una desviación estándar de 14.20, lo cual indica que los estudiantes presentan relaciones intrafamiliares positivas, ya que los resultados se encuentran por encima de la media teórica (118).

De igual manera se muestran los datos reportados en cada uno de los tres factores que conforman la Escala de Relaciones intrafamiliares, los cuales se describen a continuación:

El factor de unión y apoyo, obtuvo una media de 45.20 y una desviación estándar de 7.94 por lo de acuerdo a las normas de calificación del instrumento los alumnos se encuentran en un nivel medio-alto de unión y apoyo en su entorno familiar ya que está por encima de la media teórica (33).

El factor de expresión, cuenta con una media de 83.41 y una desviación estándar de 14.42, indicando que los alumnos presentan un nivel medio-alto en cuanto a la expresión en su familia, ya que la media se encuentra encima de la media teórica (66).

El factor de dificultades cuenta con una media de 50.68 y una desviación estándar de 14.42, indicando que los alumnos presentan un nivel medio-bajo, por lo que

expresan tener en algunas ocasiones dificultades en su familia, ya que la media se encuentra por debajo de la media teórica (69).

Posteriormente en la tabla 2 se muestran los datos obtenidos en relación al tercer objetivo específico, el cual fue determinar el nivel de autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes, evaluada con la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA (SEA-27) y la edad de los adolescentes fue de 15 a 18 años de edad. Se obtuvo una media de 100.59 y una desviación estándar de 20.33, indicando índices de autoeficacia elevados ya que la media se encuentra por arriba de la media teórica (81).

De igual manera se muestran los datos reportados en cada uno de los cuatro factores que conforman esta escala, los cuales se describen a continuación:

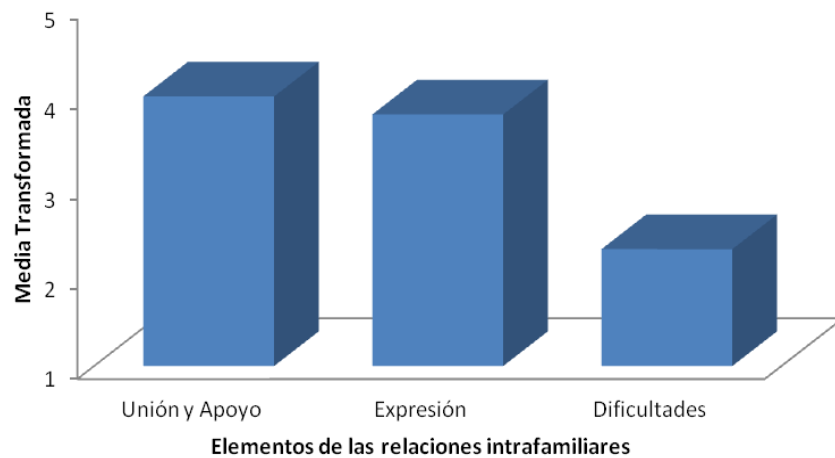
El factor de la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, cuenta con una media de 37.86 y una desviación estándar de 14.48, lo cual indica que existen alumnos que en general se perciben capaces para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias ya que los datos se encuentran ligeramente por arriba de la media teórica (33) sin embargo, como la desviación estándar indica que existe una elevada variabilidad en los puntajes, existiendo alumnos que se perciben muy poco capaces y alumnos que se perciben muy capaces.

El factor de uso del preservativo, reportó una media de 34.07 y una desviación estándar de 5.46, indicando que los alumnos presentan altos índices en el uso del preservativo debido a que los datos obtenidos se encuentran por arriba de la media teórica (24).

El factor del matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres, obtuvo una media de 12.39 y una desviación estándar de 4.31, mostrando que

los alumnos se sienten capaces para hablar con sus padres acerca de las relaciones sexuales así como de mantener relaciones sexuales en el matrimonio y solo con su pareja, ya que los datos se encuentran dentro de la media teórica (12).

El factor de la capacidad para preguntar a la pareja sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas, cuenta con una media de 16.25 y una desviación estándar de 3.51, lo que indica que los alumnos muestran índices moderados de la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas ya que se encuentra por encima de la media teórica (12).

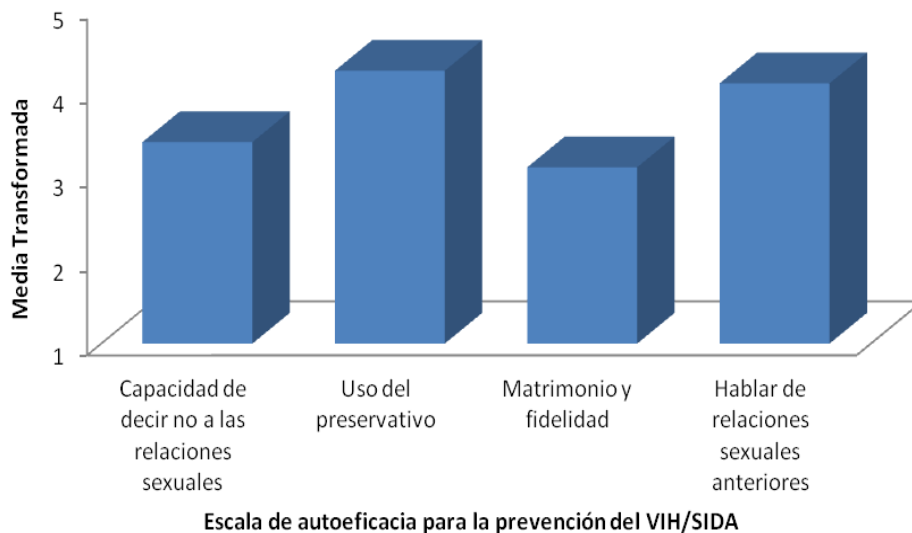


*Figura 12. Medias transformadas de cada uno de los elementos de las relaciones intrafamiliares.*

La figura 12 muestra las medias transformadas de cada uno de los elementos de las relaciones intrafamiliares en estudiantes de 15 a 18 años. Para poder hacer la

comparación de cada uno de los elementos, se toma en cuenta el número de reactivos que evalúan cada uno de ellos.

Como se puede observar los estudiantes tienen mayores índices de unión y apoyo como de expresión en su familia en comparación a las dificultades. Lo que quiere decir que predominan en los estudiantes los elementos de las relaciones intrafamiliares positivos.



*Figura 13. Medias transformadas de cada uno de los factores de la escala de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA.*

La figura 13 muestra las medias transformadas de cada uno de los factores de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de 15 a 18. Para poder hacer la comparación de cada uno de ellos.

Como se puede observar los factores más altos son: uso del preservativo y capacidad para preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas. Mientras que en los factores de la

capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias y el de matrimonio, fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres, es en donde menor autoeficacia perciben tener los estudiantes.

El cuarto objetivo específico fue determinar la relación existente entre el nivel de autoestima y el nivel de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1. De igual manera, las edades de los adolescentes fueron de 15 a 18 años de edad y se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson para determinar la relación entre estas variables, dichos resultados se presentan en la Tabla 3.

*Tabla 3. Relación entre la autoestima y las relaciones intrafamiliares.*

	<b>Autoestima</b>
<b>Relaciones Intrafamiliares</b>	.243**
Expresión	.445**
Unión y Apoyo	.550**
Dificultades	-.557**

\*p<.05 \*\*p<.01

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de autoestima y el nivel total de relaciones intrafamiliares ( $r = .243$ ), la expresión ( $r = .445$ ) y dificultades ( $r = .550$ ), lo que significa que en estos estudiantes, con un rango de edad de 15 a 18 años, a mayor autoestima, mayor nivel de expresión y de unión y apoyo en la familia.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre el nivel total de autoestima y el factor dificultades ( $r = -.557$ ), lo cual indica que a mayor nivel de dificultades, menor será la autoestima en los estudiantes.



El quinto objetivo específico fue determinar la relación existente entre el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y la autoestima en estudiantes de la Preparatoria No. 1. Las edades de los participantes oscilaron entre 15 y 18 años de edad; para determinar la relación entre estas variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, dichos resultados se presentan en la Tabla 4.

*Tabla 4. Relación entre la autoestima y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA.*

	<b>Autoestima</b>
<b>Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA</b>	.194**
Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	.139*
Uso del preservativo	.100
Matrimonio, fidelidad y hablar de relaciones sexuales con los padres	.149*
Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.	.214**

\*p<.05 \*\*p<.01

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de autoestima con el nivel total de la Escala de Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA ( $r = .194$ ), Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias ( $r = .139$ ), Matrimonio, fidelidad y hablar de relaciones sexuales con los padres ( $r = .149$ ) y Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo ( $r = .214$ ). Lo cual indica que a mayor

nivel de autoestima, mayor será la capacidad para decir no a las relaciones sexuales, hablar sobre matrimonio, fidelidad y de relaciones sexuales con los padres y la Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores.

El sexto objetivo específico fue determinar la relación existente entre el nivel de Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA y el nivel de las relaciones intrafamiliares de los estudiantes de la Preparatoria No. 1. De igual manera, las edades de la muestra en los adolescentes fue de 15 a 18 años de edad y se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson para determinar la relación entre estas variables, dichos resultados se presentan en la Tabla 5.

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel total de la Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA con los factores de Unión y Apoyo ( $r = .143$ ) y Expresión ( $r = .197$ ) lo que significa que a mayor nivel de autoeficacia, mayor nivel de Unión y Apoyo y Expresión en la familia. De igual manera se encontró esta relación entre la Escala de Elementos de las Relaciones Intrafamiliares con los factores de hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres ( $r = .249$ ), capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo ( $r = .153$ ) lo cual indica que a mayores elementos de las Relaciones Intrafamiliares positivos, mayor será la capacidad de hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres y capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de unión y apoyo y el hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres ( $r = .341$ ) y la Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo ( $r = .165$ ), lo que indica que a mayor unión y

apoyo mayor será el hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres y la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.

De igual manera se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de Expresión y el hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres ( $r = .377$ ) y la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo ( $r = .205$ ), por lo que a mayor expresión en la familia mayor será el hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres y la Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre el nivel total de Autoeficacia para la prevención del SIDA y el factor de dificultades, indicando que a menor nivel de dificultades mayor será el nivel de autoeficacia. De igual manera se encontró esta relación entre el factor de dificultades y el hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres ( $r = -.332$ ) y la Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo ( $r = -.151$ ), lo cual indica que menor nivel de dificultades mayor será el nivel de hablar de matrimonio, fidelidad y relaciones sexuales con los padres y mayor capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.

Tabla 5. Relación entre las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA.

	<b>Relaciones Intrafamiliares</b>	Unión y Apoyo	Expresión	Dificultades
<b>Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA</b>	.019	.143*	.197**	-.267**
Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias	-.094	.030	.084	-.200
Uso del preservativo	.027	.079	.083	-.104
Matrimonio, fidelidad y hablar de relaciones sexuales con los padres	.249**	.341**	.377**	-.332*
Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.	.153**	.165**	.205**	-.151*

\*p<.05 \*\*p<.01

## Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre los niveles de autoestima, los elementos de las relaciones intrafamiliares y la autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Preparatoria No. 1 de Pachuca Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de autoestima en los estudiantes. Los resultados arrojan que los adolescentes entre 15 y 18 años de edad presentan niveles altos de autoestima, por lo que se perciben con buenas cualidades, tienen una actitud positiva y en general se sienten satisfechos con ellos mismos. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por González et al. (1999), en una muestra de 400 estudiantes de bachillerato en la ciudad de México, en cuál los resultados indicaron que tanto los hombres como las mujeres presentan un nivel de autoestima alto.

Estos resultados pueden ser debido a que los adolescentes, en las relaciones con sus padres, que se caracterizan de afecto, apoyo y comunicación positiva, muestran un mejor ajuste psicosocial, incluyendo confianza en sí mismos (Steinberg & Silverberg, 1986), autoestima y bienestar psicológico (Noller & Callan, 1991; Oliva, Parra & Sánchez-Queija, 2002).

Sin embargo, los resultados obtenidos difieren del estudio realizado por Montes, Escudero y Martínez (2012), en una muestra de 250 adolescentes colombianos de una zona rural, en el cual se encontró que el 48% de los adolescentes presentan una autoestima de baja a muy baja. Esto puede ser debido a que un sentimiento negativo hacia el sí mismo es el resultado de las normas culturales, las cuales pueden variar en

función del sexo (Dyson & Szirom, 1983; Harper & Marshall, 1991; Harter, 1999; Knox, 1998; Statham & Rhoades, 2001), el grupo étnico, el país de origen (Statham & Rhoades, 2001) y el momento histórico en que se vive (Meier, 2002).

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de los elementos de las relaciones intrafamiliares en los estudiantes, en el cual los resultados arrojan que perciben tener un nivel medio alto tanto de unión y apoyo como de expresión en su familia, mientras que tienen una percepción baja de dificultades en la misma, es decir, que en estas familias acostumbran a hacer actividades juntos, pueden expresar puntos de vista abiertamente, se perciben como una familia cariñosa, no notan una atmosfera desagradable, no les es difícil llegar a acuerdos, respetan las reglas de conducta y perciben unión entre ellos.

Estos resultados son consistentes con el estudio realizado por Guadarrama, Márquez, Veytia y León (2011) con 290 estudiantes del estado de México, en el cual la mayoría de los estudiantes perciben un funcionamiento familiar apropiado ya que manifiestan una comunicación adecuada para hacer ajustes y resolver problemas entre los integrantes.

De igual manera los resultados son consistentes con el estudio realizado por Motrico, Fuentes y Bersabé (2001) en una muestra de 400 adolescentes en España, en el que los resultados muestran una baja frecuencia de conflictos entre padres e hijos, siendo que estos últimos coinciden con sus padres en los principales motivos de discusión.

Estas similitudes pueden ser debido a que los adolescentes llegan a esta etapa manteniendo un buen clima en sus relaciones familiares, permaneciendo en el hogar familiar hasta casi la edad adulta, su forma de pensar es similar o igual a la de sus

padres en diferentes aspectos y sintiéndose satisfechos en las relaciones con ellos (Grotevant, 1998; Palacios, Hidalgo & Moreno, 1998), por lo que un nivel de conflicto normativo en las familias no tiene por qué afectar la calidad de las relaciones de apego entre padres y adolescentes cuando ocurren en un contexto de continuidad relacional (Collins, 1990; Steinberg, 1990).

De igual manera puede ser debido a que en la dinámica familiar existen reglas implícitas y explícitas, además de acciones entre los miembros que gobiernan y rigen la conducta de cada uno, dichas reglas dan lugar al funcionamiento que existe en la familia (Atri & Zetune, 1987).

El tercer objetivo específico fue determinar el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes, los resultados arrojan niveles altos de autoeficacia en esta muestra, lo cual quiere decir que los adolescentes se perciben capaces de decir que no cuando alguien los presiona a tener relaciones sexuales, de preguntarle a su novio (a) sobre relaciones sexuales anteriores, también se sienten capaces de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar condón y platicar con sus padres sobre temas sexuales.

Estos resultados son consistentes con un estudio realizado por Uribe (2005) en una muestra de 2,200 adolescentes colombianos, en el que el 93% se consideraba capaz de pedirle a su pareja sexual que usara el preservativo; el 89.3% se sentía capaz de llevar un condón por si tenía una relación sexual; y el 82.8% se sentía capaz de preguntarle a su pareja si había tenido relaciones sexuales con una persona que ejerciera el trabajo sexual.

Esto puede ser debido a que las creencias de eficacia juegan un papel importante en la adquisición y regulación de los roles de estilos de conducta, de esta

manera, las personas pueden producir acciones que desean o perseverar en ellas con mayor efectividad, siendo la eficacia percibida, el fundamento de la acción humana (Bandura, 1997).

De igual manera puede ser debido a los conocimientos con los que cuentan los adolescentes, ya que a mayor conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA, se cuenta con estrategias de protección frente a este (Morris, Ulmer & Chimnani, 2003) de manera que, para que los adolescentes puedan adquirir conductas saludables que les permitan lograr una prevención del VIH/SIDA, deben conocer el riesgo de sus comportamientos, saber que el cambio de comportamiento le generará beneficios para su salud y creer en sus capacidades y habilidades para tener control sobre su comportamiento (Uribe, Vergara & Barona, 2009).

Sin embargo, difiere del estudio realizado por Rasmussen-Cruz, Hidalgo-San Martín y Alfaro-Alfaro (2003), en su estudio sobre adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta, México, encontraron que el 77.3% de los adolescentes y las adolescentes sexualmente activos que pertenecían a la muestra, nunca utilizaban preservativo o lo hacían rara vez, además de que casi la mitad de ellos bebían alcohol antes de tener una relación sexual, lo cual influía en el autocontrol y en el uso correcto del preservativo.

Estas diferencias pueden ser debidas a que las personas pueden juzgarse eficaces solo en algunas actividades, varía entre los distintos tipos de actividades, las modalidades en las que se expresan las capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas) (Bandura, 2001), las personas pueden tener diferentes estrategias de afrontamiento eficaces sin embargo pueden no necesariamente creer en su capacidad para hacer uso de ellas (Vallutis, Goreczny, Magee & Wister, 2009) al no contar con la



seguridad de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes (Rothman, Salovey, Antone, Keough & Martin, 1993).

El cuarto objetivo específico fue determinar la relación entre el nivel de autoestima y las relaciones intrafamiliares en estudiantes, los resultados arrojan que los estudiantes con un nivel alto de autoestima muestran menos dificultades en la familia, de igual manera tienen una mayor autoestima los estudiantes con niveles altos de unión y apoyo y expresión. Esto coincide con los resultados en el estudio realizado por González, Jiménez, Pérez, Ramos, Caballero y Saltijeral (1999) en una muestra de 400 adolescentes, estudiantes de bachillerato en la ciudad de México, en el que los resultados indican que hay una estrecha relación entre la autoestima y la comunicación con los padres así como en las muestras de afecto. Estas similitudes pueden ser debidas a que las relaciones con los padres contribuyen a aumentar la autoestima en los adolescentes, los cuales tienen creencias sobre su competencia para regular sus acciones y orientarlas a metas previsibles y realistas (Bandura, 2002).

El quinto objetivo específico fue determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes. Los resultados muestran que los adolescentes al tener mayor autoestima muestran mayor capacidad para decir no a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias, así como hablar de temas de sexualidad con los padres y la pareja y presentan en general mayores niveles de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA.

Estos resultados son consistentes con la investigación realizada por Collazos, Echeverry, Molina, Canaval y Valencia (2005) en Colombia, en el que los resultados indican que las mujeres presentan factores protectores frente a la infección de

VIH/SIDA, al mismo tiempo que en general se sienten satisfechas con ellas mismas por lo que se relaciona con una autoestima alta.

Esto puede ser debido a que los jóvenes con una autoestima elevada son más eficaces en el afrontamiento las de experiencias, generando respuestas más adaptativas (Dodgson & Wood, 1998) disponen de un control cognitivo que les mantiene interesados en conservar su valoración positiva frente a los demás y no se arriesgan a perderla con comportamientos antinormativos (Jessor & Jessor, 1977).

El sexto y último objetivo específico fue determinar la relación entre los elementos de las relaciones intrafamiliares y el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes. Los resultados señalan que los alumnos que tienen una mayor autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA presentan mayor expresión y unión y apoyo en su familia mientras que las dificultades percibidas son menores, esto quiere decir que los estudiantes que se sienten capaces de hablar con sus papás de temas sexuales perciben que pueden hablar de sus problemas y solucionarlos en familia, pueden llegar a acuerdos y se sienten escuchados, de igual manera los que perciben mejores relaciones intrafamiliares, unión, apoyo y expresión, indican mayor capacidad de hablar de temas sexuales con los padres y la pareja.

Esto coincide con el estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2012) con estudiantes de la ciudad de México, en el cual los resultados indican que para utilizar condón se requiere la intención de usarlo y hablar con la pareja sobre tener relaciones sexuales y sus consecuencias, lo cual es relacionado a la comunicación tanto con el padre como con la madre, un aspecto más es el hecho en el que evitar un estilo de acomodación en la negociación del condón depende de que las madres no

sean impositivas, con altas exigencias y con escasa atención a las demandas de sus hijos.

Estos resultados pueden ser debido a que tanto los padres como las madres influyen sobre los hijos por medio de diversas actitudes, prácticas y comunicación en diferentes situaciones, por lo que la comunicación paterna es relacionada directamente a la intención de usar preservativo, así como los estilos parentales influyen en la comunicación sexual con la pareja (Eisenberg et al., 2006). En cuanto a la relación con los hermanos, se afirma que la cercanía con el hermano mayor puede ayudar al adolescente para poder hablar y resolver dudas, inclusive fungir como modelo para aprender a hablar con la pareja (Enríquez, Sánchez & Robles, 2012).

Como conclusión de esta investigación se pueden observar relaciones significativas entre las tres variables de estudio. Según la información obtenida, los estudiantes indican que a mayor nivel de expresión, unión, apoyo, y menos dificultades perciban en su familia, es mayor la autoestima y la autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA. Es decir que, identifican sus cualidades, se sienten competentes y en general están satisfechos con ellos mismos, de igual manera se perciben con mayor capacidad de hablar con sus padres y su pareja de temas relacionados a la sexualidad, así como de matrimonio y fidelidad.

En posteriores investigaciones se sugiere ampliar la muestra para considerar alumnos de otras preparatorias e integrar adolescentes en ese grupo de edad que no se encuentren estudiando, a partir de ello se podrán establecer comparaciones entre estos diferentes grupos. Se sugiere además llevar a cabo análisis de diferencias por sexo para poder tener un conocimiento más amplio de las variables de estudio en los adolescentes.

Una limitación fue el no haber evaluado las conductas sexuales de riesgo de esta muestra, por lo que se sugiere para futuras investigaciones llevar a cabo una medición de estas conductas y a partir de ello crear modelos predictivos que consideren las variables que se incluyeron en esta investigación.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se sugiere desarrollar estrategias de promoción y prevención del VIH/SIDA en adolescentes que incorporen elementos como fomentar la comunicación entre padres y adolescentes especialmente en temas de sexualidad, brindar conocimientos acerca de las ITS/VIH/SIDA, así como desarrollar habilidades para el uso adecuado del condón, para la comunicación asertiva con la pareja.

# ANEXOS



## Anexo 2. Escala para la prevención del SIDA (SEA-27)

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a circular el grado de seguridad que creas tener

A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales...

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1 Alguien conocido hace 30 días o menos?	1	2	3	4	5
2 Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	1	2	3	4	5
3 Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	1	2	3	4	5
4 Alguien a quien has tratado con anterioridad?	1	2	3	4	5
5 Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	1	2	3	4	5
6 Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	1	2	3	4	5
7 Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	1	2	3	4	5
8 Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
9 Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	1	2	3	4	5
10 Alguien con quien has estado utilizando drogas	1	2	3	4	5
11 Alguien y tu nivel de excitación es muy alto	1	2	3	4	5

B) Qué tan seguro estás de ser capaz de...

1 Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	2	3	4	5
2 Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	1	2	3	4	5

3	Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	1	2	3	4	5
4	Pregunta a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	1	2	3	4	5

C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...

1	Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	1	2	3	4	5
2	Usar correctamente el condón	1	2	3	4	5
3	Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol	1	2	3	4	5
4	Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga (marihuana, resistol, tinner)	1	2	3	4	5
5	Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo	1	2	3	4	5
6	Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	1	2	3	4	5
7	Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	1	2	3	4	5
8	Acudir a la tienda a comprar condones	1	2	3	4	5
9	No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio	1	2	3	4	5
10	Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	1	2	3	4	5
11	Platicar con tu papá sobre temas sexuales	1	2	3	4	5
12	Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	1	2	3	4	5

D) Expresa el grado de acuerdo que tengas



1	La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón.	1	2	3	4	5
2	El hombre es el que debe comprar los condones.	1	2	3	4	5
3	El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual.	1	2	3	4	5
4	La mujer debe de traer los condones.	1	2	3	4	5
5	Las relaciones sexuales deben ser espontáneas.	1	2	3	4	5
6	El uso del condón es bueno para mi salud.	1	2	3	4	5
7	El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.	1	2	3	4	5
8	Mi situación económica me permite comprar condones.	1	2	3	4	5
9	Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.	1	2	3	4	5
10	Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.	1	2	3	4	5
11	Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
12	El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja.	1	2	3	4	5
13	Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es	1	2	3	4	5

### Anexo 3. Escala de Relaciones Intrafamiliares

#### INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente anónimo. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Gracias por tu colaboración.

A continuación se presenta una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan os otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1

<b>13</b>	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
<b>14</b>	En mi familia, nadie se preocupa de los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
<b>15</b>	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
<b>16</b>	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
<b>17</b>	La atmosfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
<b>18</b>	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
<b>19</b>	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
<b>20</b>	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
<b>21</b>	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	5	4	3	2	1
<b>22</b>	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
<b>23</b>	En nuestra familia a cada quién le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
<b>24</b>	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
<b>25</b>	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
<b>26</b>	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
<b>27</b>	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
<b>28</b>	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
<b>29</b>	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
<b>30</b>	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
<b>31</b>	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
<b>32</b>	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
<b>33</b>	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
<b>34</b>	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
<b>35</b>	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
<b>36</b>	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
<b>37</b>	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus	5	4	3	2	1

	sentimientos para ellos mismos.					
<b>38</b>	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
<b>39</b>	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
<b>40</b>	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
<b>41</b>	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
<b>42</b>	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
<b>43</b>	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
<b>44</b>	El tomar decisiones es un problema de nuestra familia.	5	4	3	2	1
<b>45</b>	Los miembros d la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
<b>46</b>	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
<b>47</b>	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
<b>48</b>	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
<b>49</b>	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
<b>50</b>	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
<b>51</b>	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
<b>52</b>	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1
<b>53</b>	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
<b>54</b>	Pelemos en nuestra familia.	5	4	3	2	1
<b>55</b>	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
<b>56</b>	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

#### Anexo 4. Escala de Autoestima de Rosenberg

Instrucciones: Responda a las siguientes cuestiones seleccionando la alternativa que mejor se ajuste su opinión.

**(MA): Muy de Acuerdo (A): De acuerdo (D): En Desacuerdo (MD): Muy en Desacuerdo**

- |   |    |   |   |    |
|---|----|---|---|----|
| 1. Siento que soy una persona digna   | MA | A | D | MD |
| 2. Siento que tengo buenas cualidades                                       | MA | A | D | MD |
| 3. Me inclino a pensar que soy un fracasado                                 | MA | A | D | MD |
| 4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como<br>la mayoría de las personas | MA | A | D | MD |
| 5. Siento que no tengo mucho de qué sentirme orgulloso (a)                  | MA | A | D | MD |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a)                            | MA | A | D | MD |
| 7. Yo espero tener más respeto a mí mismo (a)                               | MA | A | D | MD |
| 8. Algunas veces creo que no soy bueno (a) en nada                          | MA | A | D | MD |
| 9. En general yo estoy satisfecho (a) conmigo mismo                         | MA | A | D | MD |
| 10. Ciertamente a veces me siento inútil                                    | MA | A | D | MD |

## **Anexo 5. Experiencia de la elaboración de tesis**

Tomar la decisión de elaborar una tesis fue relativamente fácil debido a que influyeron dos situaciones principales, la primera fue contar con catedráticos que nos motivaron y nos ofrecieron su apoyo para llevar a cabo este medio de titulación, y la segunda fue el desafío personal de poder hacer algo que para muchos resulta difícil, tedioso y de poco valor pero que, sin embargo, para nosotros resulta un esfuerzo con grandes ventajas para los que tenemos planes de continuar con nuestra formación académica.

Al hacer una tesis se pasan por una serie de emociones y situaciones para las cuales se requiere de valor y persistencia, ya que aunque de alguna manera se está preparado para dedicar el tiempo a estar leyendo de los mismos temas durante un tiempo prolongado, para no salir los fines de semana y regresar a la escuela para hacer revisiones, el hecho de vivirlo es muy diferente, ya no es un pensamiento del que se puede escapar con solo mirar otra cosa y distraernos, ahora es una situación real la cual tenemos que enfrentar, ya no es un “me voy a tener que quedar unos fines de semana sin salir” más bien es un “hoy es domingo y no voy a salir porque tengo que hacer correcciones”, en definitiva no es lo mismo.

Pero no todo es negativo en este proceso, se tienen pequeños momentos de satisfacción cuando a la mañana siguiente llegas a tu revisión y te dicen que los avances son adecuados cuando sabes que te has esforzado en la búsqueda de esta información, y parece que todos estos pequeños momentos se juntan cuando llega por fin el día de la impresión de tesis.

Esta ha sido una experiencia enriquecedora tanto en lo profesional, por todos los conocimientos que obtuvimos y pusimos en práctica, como personal, que nos ha hecho creer en nosotros mismos y valorar estas etapas de la vida así como todas las vivencias en general de la universidad que con la presentación de esta tesis terminan.

Es en este momento cuando nos damos cuenta de nuestras capacidades, de saber que conocemos más acerca de una problemática que era de nuestro interés y con esto la capacidad para poder llevar a cabo medidas que aporten algo positivo en un próximo proyecto, también te nos damos cuenta que de lo que muchos no se sintieron capaces de hacer podemos decir ahora que lo logramos y que se ha pagado el precio del éxito que implica realizar una tesis.

“Si quieres tener lo que pocos tienen, debes hacer lo que pocos hacen”

## Referencias

- Abraham, C. & Sheeran, P. (1994) Modeling and modifying young heterosexuals HIV-preventive behavior: a review of theories, findings and educational implications, *Patient Education and Counseling*, 23: 173-186.
- Alonso, P. (2005). *Discrepancia entre padres e hijos en la percepción del funcionamiento familiar y desarrollo de autonomía del adolescente*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Valencia, España. Recuperado de <http://tdx.cat/handle/10803/10224>
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, (2), 205-216.
- Amado, M., Vega, B. & Jiménez, M.C. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, (2), 143-151.
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados en la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Andreou, E. (2000). Bully/Victim problems and their association with psychological constructs in 8-to 12-year old Greek schoolchildren. *Aggressive Behavior*, 26, 49-56.



- Ajzen, I. (1991). Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 2, (53), 160-171.
- Atri, A. & Zetune R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). En Velasco, M. L. Campos, Luna, & Portilla M. del R. (Eds). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 2,122-147.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Bandura, A. (2001a). *Self-efficacy and Health*. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. (pp. 13815-13820). Oxford: Elsevier
- Bandura, A. (2001b). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 80, 125-135.
- Bandura, A. (2001c). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Pastorelli, C., & Regalia C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of personality and Social Psychology*, 52, 1-26.

- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J.C., Rey, F., Nugeyre, M.T., Charnet, S., Gruest, F., Dauguet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W. & Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220, 868-871.
- Bejarano, J. & Jiménez, F. (1993). El consumo de drogas en el adolescente costarricense. *Adolescencia y Salud*, 14, 47-54.
- Barreiro, P., González del Castillo, J. & González-Lahoz, J. (2001). *Manual del sida*. Barcelona: Publicaciones Permanyer,
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bimbela, J.L. & Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.
- Blanco, J., García-Viejo, M., Tor, J., Muga, R. & Mallolas, J. (2000). Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y personal sanitario. En *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 73-88). Barcelona: Masson.
- Brewster, K.L., Billy, J.O.G. & Grandy, W.R. (1993). Social Context and adolescent behavior: The impact of community on the transition to sexual activity. *Social Forces*, 71, 713-740.
- Brim, D. G. (1975). Life-span development of the theory of oneself. En: H. W. Reese (Ed.). *Advances in child development and behavior*. (pp.11-15). Nueva York: Academic Press.

- Brown, J. D. & Mankowski, T. A. (1993). Self-esteem, mood, and self-evaluation: Change in mood and the way you see yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 421-430.
- Caffery, T.E. (2000). A study on the effects of family functioning on attachment security in college students. *Dissertation Abstracts International: The sciences and engineering*, 55 (pp. 335-342).
- Cánoves, D. (2005). *Recomendaciones del PNS sobre manejo de los trastornos relacionados con la infección VIH. España: Hospital de Basurto.*
- Capaldi, D.M., Crosby L. & Stoolmiller, M. (1996). Predicting the timing of first sexual intercourse for risk adolescent males. *Child Development*, 67, 344-359.
- Cardenal, V. & Fierro, A. (2003). Componentes y Correlatos del autoconcepto en la escala de Pierce-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, (1), 101-111.
- Carta de Bangkok. (2005). *Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado.* Bangkok, Tailandia.
- Cast, A.D. & Burke, P.J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80, 1041-1068.
- Castillo, M. D., Gil E., León M., & Naranjo, J. A. (2003). Conocimiento de los escolares sobre el SIDA. *Revista de SEMG*, 51, 109-120.
- Cava, M.J., Musitu, G. & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Cava. M. J. & Musitu, G. (2003). *La potenciación de la autoestima en la escuela.* Barcelona: Paidós
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2010). Disponible en: [www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2011). Disponible en:  
[www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)

Chaisson, R. E., Sterling, T. R. & 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.

Chatham-Carpenter, A. & De Francisco, V. (1998). Women construct self-esteem in their own terms: A feminist qualitative study. *Feminism & Psychology*, 8, 467-489.

Chávez, A., Macías, L., Páramo, D., Martínez, C. & Ojeda, D. (2005). Consumo de drogas en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 15 (1), 13-21.

Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *The Journal of Psychology*, 138, 149-159.

Clifford, E. (1971). Body Rectification in adolescent. *Perceptual & Motor skill*, 33, 119-125.

Coates, T. (1985) AIDS risk reduction in the AIDS Behavioral Research Project. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, California. *American Psychological Association*.

Cohen, J. (1980). Adolescent Independence and adolescent change. *Youth & Society*, 12, (1), 107-124.

Cole, F.L. (1997a). The role of self-esteem in safer sexual practices. *Journal of the Association of Nurses in AIDS*, 8, 64-71.

- Cole, F.L. (1997b). The role of self-esteem, and perceived social support among pregnant and no pregnant adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 20 195-209.
- Collazos, M., Echeverry, N., Molina, A., Canaval, G. & Valencia, C. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: No es cuestión de clase. *Colombia Médica*, 36 (3), 50-57.
- Collins, W. (1990). Parent-child relationships in the transition to adolescence: continuity and change in interaction, affect, and cognition. En R. Montemayor, G.R. Adams, & T.P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: a transitional period* (pp. 86-106). California: SAGE.
- Collins, W. (1997). Relationships and development during adolescence: Interpersonal adaptation to individual change. *Personal Relationships*, 4, 1-14.
- Collins, W., Laursen, B., Mortensen, N., Luebker, C. & Ferreira, M. (1997). Conflict processes and transitions in parent and peer relationships: Implications for autonomy and regulation. *Journal of Adolescent Research*, 12, (2), 178-198.
- Cook, J.A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M.H., Gurtman, A.C., Richardson, J.L., Wilson, T.E., Young, M.A., & Hessol, N.A. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 94, (7), 1133-1140.
- Cortés, A., García, R., Monterrey, P., Fuentes, J. & Pérez, D. (2000). Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 253-260.
- Couóh, D., Vera, G. (2005). Juventud rural y autoeficacia para la prevención del VIH/Sida en Yucatán. *Biblioteca virtual en salud VIH/Sida*. México.

- Crockett, L.J., Bingha, C.R., Chopack, J.S. & Vicary, J.R. (1996). Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning, and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 89-111.
- Cross, S. & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construal and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- Cummins, J. & Dezzuit, C. (2000). Sexual HIV-1 transmission and mucosal defense mechanisms. *AID Reviews*, 2, 144-154.
- Day, S., Lakhani, D., Hankins, M. & Rodgers, C. (2004). Improving uptake of HIV testing in patients with a confirmed STI. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 626-629.
- De Cock, KM. & Brun-Vézinet, F. (1989). Epidemiology of HIV-2 infection. *AIDS*, 4, 89-95.
- Dekovic, M., Wissink, I.B. & Meijer, A.M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behavior: comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27, 497-514.
- DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress in health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- Del Río, C. & Curran, J. (2002). Epidemiología y prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas. Principios y prácticas* (pp. 1636-1642). Buenos Aires: Panamericana.
- DiClemente, R. (1991). Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high risk adolescent population: The influence of peer norms and sexual communication

on incarcerated adolescents consistent use of condoms. *Journal of Adolescent Health, 12*, 385-390.

DiClemente, R., Crosby, R. & Wingood, G. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas, 32*, 23-50.

Dishion, T., Patterson, G., Stoolmiller, M. & Skinner, M. (1991). Family, school, and behavior antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27*, 172-180.

Dogson, P. & Wood, J. (1998). Self-esteem and the cognitive accessibility strengths and weaknesses after failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 75* 178-197.

Duffy, L. (2005). Culture and Context of HIV Prevention in Rural Zimbabwe: The Influence of Gender Inequality. *Journal Transcultural Nursing, 16*, (1), 23-31.

Dyson, S. & Szirom, T (Eds.). (1983). *Leaving school: It's harder for girls*. Victoria, Australia: YWCA Press.

Eisenberg, M.E., Sieving, R.E., Bearinger, L.H., Swain, C. & Resnick, M.D. (2006). Parents Communication with Adolescents About Sexual Behavior: A Missed Opportunity for Prevention?. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, (6), 893-902.

Enríquez, D., Sánchez, R. & Robles, S. (2012). Relaciones familiares y uso del condón en estudiantes de nivel superior. *La Psicología Social en México, 14*, (1), 303-309.

Espada, J., Quiles, M. & Méndez, F. (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.

Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence*, 40, 183-196.

Fierro, A. (1990). Autoestima en Adolescentes. Estudio sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107.

Fisher, T.D. (1986). Parent-child communication about sex and Young adolescent's sexual knowledge and attitudes. *Adolescence*, 21, 517-527.

Forste, R.T. & Heaton, T.B. (1988). Initiation of sexual activity among female adolescents. *Youth and Society*, 19, 250-268.

Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring Self-Efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17, (6), 559-568.

Fraser, B. (2005). Seeking a safer blood supply. *The Lancet*, 365, 559-560.

Frauenglass, S., Routh, D., Pantin, H. & Mason, C. (1997). Family support decreases influence of deviant peers on Hispanic adolescents substance use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 15-23.

Freire, P. (1973) *Education for Political Consciousness*. New York: Continuum.

Galicia, I., Sánchez, A. & Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes. Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25, (2), 227-240.



- Gallagher, J.R. & Harris, J. (1976). *Emotional Problems of adolescents*. New York: Oxford University.
- García, A., Nouger, I. & Cowgill, K., (2004). *El VIH/SIDA en países de América latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Gattino, S. & Aquin, N. (1999). *Las familias de la nueva pobreza*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Gatell, J., Blanco, J., Soriano, A., Tortajada, C., Lozano, L. & García, F. (2000). *Guía práctica del sida: Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Gayet, C. CA., Rosas, C., Margis, P. & Uribe, R. (2002). Con quien hablan los adolescentes mexicanos de SIDA. *Salud Pública de México*, 44, 122-128.
- Gebreeyesus-Hadera, H., Boer, H. & Kuiper, W.A.J.M. (2007). Using the theory of planned behavior to understand the motivation to learn about HIV/Aids prevention among adolescents in Tigray. *Ethiopia. Aids Care*, 19, 895-900.
- Graña, J. & Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 246-269.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Grotevant, H. (1998). Adolescent development in family context. En E. M. Hetherington (ed.), *Handbook of child psychology* (pp.1097-1149). New York: Wiley.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10, (2), 105-122.

- Gómez, J., Jurado, I., Viana, B., Da Silva M. & Hernández A. (2005). Estilos y calidad de vida. *Lecturas: EF y Deportes*.
- Gómez, R., Jurado, M., Viana, B., Da Silva, M. & Hernández A. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Lecturas: EF y Deportes*, 129-143.
- González-Forteza, C. (1993). Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria-Asociación Psiquiátrica de América Latina*, 15, (2), 59-64.
- González, C., Jiménez, A., Pérez, E., Ramos, L., Caballero, M. & Saltijeral, M. (1999). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología conductual*, 7, (3), 501-507.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 13, (1), 127-131.
- Guadarrama, R., Márquez, O., Veytia, M. & León, A. (2011). Funcionamiento familiar en estudiantes de nivel superior. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 2, (14) 179-192.
- Guterman, N.B., Hahm, H.C. & Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counseling services. *Journal of adolescent Health*, 30, 336-345.
- Harper, J.F. & Marshall, E. (1991). Adolescents' problems and their relationship to self-esteem. *Adolescence*, 26, 799-808.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: The Guilford Press.

- Herrero, J., Musitu, G. & Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 10, 191-204.
- Hochbaum, G.M., (1958) Public participation in medical screening programs. *A sociopsychological study*. Washington, DC: US Government Printing Office. PHS publicación, 572.
- Homans, H. & Aggleton, P. (1998) Health education, HIV/ infection and AIDS, in P. Aggleton and H. Homans (eds). *Social Aspects of AIDS*. London: Falmer Press, pp. 154-176.
- Hovell, M., Spian, C., Blumberg, E., Atkins, C., Hofstetter, C.R. & Kreitner, S. (1994). Family Influences on Latino and Anglo Adolescents' Sexual Behavior. *Journal of Marriage and Family*, 56, (4), 973-986.
- Ho, W., Evans, D.L., Douglas, S.D. (2002). Substance P and Human Immunodeficiency Virus Infection: Psychoneuroimmunology. *CNS Spectrums*, 7, (12), 867-874.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Censos y conteos poblacionales 2011. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx>
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. London: Academic Press.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33, (1), 11-14.
- Kasen, S., Vaugahan, R. & Walter. (1992). Self-Efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A. & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health Medicine*, 10, (1), 31-43.

- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- Knox, M. (1998). Adolescents' possible selves and their relationship to global self-esteem. *Recuperado el 14 de Julio de 2003, de <http://www.findarticles.com>.*
- Kowal, A. K. & Blinn-Pike, L. (2004). Sibling Influences on Adolescents' Attitudes toward Safe Sex Practices. *Family Relations*, 53, (4), 377-384.
- Krueger, N., & Dickson, P.R., (1994). How believing in ourselves increases risk taking: Perceived self-efficacy and opportunity recognition. *Decision Sciences*, 25, 385-400.
- Lehr, S., Dilorio, C., Dudley, W. & Lipana, J. (2000). The Relationship between Parent-Teenager Communication and Safer Sex Behavior. *Family Relations*, 15, 98-107.
- López-Rosales, F. (1996). SIDA, *comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años*. Universidad Autónoma del Estado de Nuevo León: México.
- López-Rosales, F. & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del Sida en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Luszczynska, A.; Gibbons, F; Piko, B. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577-593.
- Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139, (5), 439-457.

- Machuca, A., Soriano, V. & 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. Gallet, B. Clotet, D. Podzamczar, J. Miró y J. Mallolas (Eds.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 121-145). Barcelona: Masson.
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década *Salud Pública de México, 45*, 132-139.
- Maddaleno, M., Munist-Serrano, C., Silber, T., Suárez, E.N, & Yones, J. (1995) *La salud del adolescente y el joven. Manual de la Adolescencia*. Washington DC: OPS.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willin, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2008). Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica. México: Manual Moderno.
- Marshall, H.B., Joseph, J.G. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *American Journal of Public Health, 78* (4).
- Martínez, B., Estévez, E. & Jiménez, T. (2003). Influencia del funcionamiento familiar en la conducta disruptiva en la adolescencia. *Encuentros en Psicología Social, 1*, 64-67.
- Martínez, J. & López, J. (1997). Una visión de conjunto. Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud. *Relaciones entre comportamientos de riesgo* (pp. 185-224). Madrid: Entinema.

- Martínez, J. & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia. *Psicothema*, 13, (2), 222-228.
- Mas, A., Yuste, E., Menéndez-Arias, L. & Domingo, E. (2001). Retrovirus humanos. Estructura y ciclo de replicación del VIH. En *Manual del sida* (pp.1-22). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Meier, A. (2002). Adolescent sex and subsequent mental health: How sex affects adolescent depression and self-esteem. *Center for Demography and Ecology*. Universidad de Wisconsin.
- Meschke, L.L., Bartholomae, S. & Zentall M.S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promotion healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31, 264-279.
- Michael N, D'Arcy L, Ehrenberg P, Redfield R. (1994). Naturally occurring genotypes of the HIV-1 long terminal repeat display a wide range of basal and Tat-induced transcriptional activities. *Decision Sciences*, 68, 3163-3174.
- Miller, C.B. & Moore, K.A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980's. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1052-1044.
- Miller, B. & Moore, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Miller, B.C., Norton, M.C., Curtis, T., Hill, E.J., Schvaneveldt, P. & Young, M.N. (1997). The timing of sexual intercourse among adolescents: Family, peer, and other antecedents. *Youth and Society*, 29, 54-83.

- Minga, A., Huet, C., Dohoun & Abo, L. (2005). Behavior assessment of blood donors facing the risk oh HIV infection, Abidjan, Cote D'Ivoire, 2001-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38, 618-621.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Moffitt, T.E. (1997). Adolescence-limited and life-course persistent offending: A complementary pair of development theories. En T.P. Thornberry (Ed.) *Developmental theories of crime and delinquency: Advances in criminological theory* (pp. 157-190), New Brunswick: Transaction Publishers.
- Montano, M., Nixon, C. & Essex, M. (1998). Dysregulation through the NF- $\kappa$ B enhancer and TATA box of the HIV-1 subtype E promoter. *Health Education Quaterly*. 72-80.
- Montes, I., Escudero, V. & Martínez, J. (2012). Nivel de autoestima de adolescentes escolarizados en zona rural de Pereira, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, (3), 485-495.
- Morris, L., Ulmer, C. & Chimnani, J. (2003). A role for a Community HealthCorps members in youth HIV/AIDS prevention education. *The Journal of School Health*, 73, 138-143.
- Moscoso, M., Rosario, R. & Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? *Revista Internacional de Psicología*, 79-91.
- Motrico, E., Fuentes, M. y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17, (1), 1-13.
- Muñoz-Rivas, M.J. & Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, (1), 87-94.

- Murphy, D.A., Rotheram-Borus, M.J. & Reid, H.M. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioral skills, *Journal of Adolescence*, 21, 197-208.
- Musitu, G., Buelga S., Lila, M. & Cava, M. (2004). *Familia y adolescencia. Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Mutad, M.P. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- Naghavi, M., Estable, M., Schwartz, S., Roeder, R. & Vahlne, A. (2001). Upstream stimulating factor affects HIV-1 long terminal repeat-directed transcription in a cell-specific manner, independently of the HIV-1 subtype and the core-negative regulatory element. *Journal of General Virology*, 82, 547-59.
- Navarro, E. Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, (1), 44-53.
- Noar, S.M. (2007). An Interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19, (3), 392-402.
- Noboa, P. & Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- Noller, P. & Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. London: Routledge.
- Noller, P. (1994). Relationships with parents in adolescence: process and outcome. En R. Montemayor (Ed.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 37-77). California: SAGE publications.



- O'Hara, P., Parris, D., Fichtner, R.R. & Oster, R. (1998). Influence of alcohol and drug use on AIDS risk behavior among youth in dropout prevention. *Journal of Drug Education*, 28, (2), 159-168.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M. & Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Olaz, F. (2001) La teoría social cognitiva de la autoeficacia. *Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Argentina.
- Oliva, A., Parra, A. & Sánchez-Queija, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictores del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 20, 3-16.
- O'Moore, M. & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behavior. *Aggressive behavior*, 27, 269-283.
- Orem, D. (1985). *Nursing: concepts of practice (3ª ed.)*. New York: Mc Graw-Hill.
- Organización Mundial de la salud (2005). [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
- Organización Mundial de la salud (2009). [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2012a). Programas y proyectos VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012b). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2004. Resumen analítico*. Recuperado de: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2005). *FAQs about HIV and AIDS*. Recuperado de: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2008).

Recuperado de: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2008). *Iniciativa Mundial sobre Educación y VIH & SIDA*.

Recuperado el 23 de abril, 2008, de [www.unesco.org/aids](http://www.unesco.org/aids).

Osa, N., Ezpeleta, L., Guillamón, N., Sala, R. & Marcos, N. (2002). Differential risk factor between alcohol. Use and abuse in adolescents. *Poster presentado en la 8ª E.A.R.A. Conference*. Oxford (UK).

Ostrow, D. G. (1989). AIDS prevention through effective education. *Journal American Academy Arts Science*, 118, (3), 229-254.

Páez, D.(1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Review of General Psychology*, 47, (2), 141-149.

Palacios, J., Hidalgo, M. & Moreno, M. (1998). Familia y vida cotidiana. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Eds). *Familia y desarrollo humano* (pp. 71-89). Madrid: Alianza.

Palacios, J. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, México, Facultad de Psicología, UNAM.

Palacios, S. & Palacios, B. (2002). Discrepancias en el razonamiento de padres y adolescentes sobre el uso de las drogas. *Anales de Psicología*, 18, (2), 233-245.

Paniagua, F., O'Boyle, M. & Wagner, K. (1997). Gender differences on HIV/AIDS-related issues among psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention & Education for Adolescents & Children*, 1, 53-63.

- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P. & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health, 27*, 136-147.
- Pearlin, L. I., Liberman, M.A., Managhan, E. G. & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356.
- Pérez, M. & Aguilar, J. (2009). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud, 19*, (1), 111-120.
- Perrin, J., Simms, M., Dubowitz, H. & Szilagyi, M. (2000). Health care needs of children in the Foster care system. *Pediatrics, 106*, 909-918.
- Pessin, H., Rosenfeld, B., Burton, L. & Breitbart, W. (2003). The role of cognitive impairment in desire for hastened death: a study of patients with advanced AIDS. *General Hospital Psychiatry, 25*, (3), 194-199.
- Pike de Weiss, S., Díaz-Loving, R., Rivera, S., Flores, M. & Andrade, P. (1987). ¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México. *Revista de Psicología Social y Personalidad, 3*, (1), 1-15.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema, 9*, (3), 609-617.
- Planes, M., Gras, M.E., Cunill, M., Gómez, A. B., Romero, M.T., Font-Mayolas, S. & Vieta, J. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 71*, (72), 79-85.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999). Infección por VIH y SIDA en Colombia: 1999. Aspectos fundamentales,

respuesta nacional y situación actual. *Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá: ONUSIDA.

Putnam, R. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

Rasmussen-Cruz, B., Hidalgo-San Martín, A. & Alfaro-Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45, 81-91.

Rector, N. A. & Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: A prospective examination. *Personality and Individual Differences*, 21, 663-674.

Reed, N., Edwards, L. & Naughton, S. (1992). An AIDS prevention program for adolescents with special learning needs. *The Journal of School Health*, 62, 195-197.

Regis, D. (1988). Conformity, consistency and control. *Education and Health*, 6, (1), 4-9.

Reyes, L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes*. Universidad pedagógica de Durango. Serie en línea.

Rivera-Heredia, M. & Andrade-Palos, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I). *Uaricha Revista de Psicología*. 14, 12-29.

Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68.

Rigby, K. & Slee, P. (1992). Bullying among Australian school children: reported behavior and attitudes toward victims. *Journal of School Psychology*, 131, 615-627.

- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS). *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.*
- Roger, D. (1995). Emotion control coping strategies and adaptive behaviour. *Stress and Emotion, 15*, 224-264.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, O., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nesbit, R., Hornik, R.C. & Stanton, B. (1994). Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure, *American Public Health, 84*, 877-985.
- Roof, P., Ricci, M., Genin, P., Montano, M., Essex, M. & Wainberg, M. (2002). Differential regulation of HIV-1 clade-specific B, C, and E long terminal repeats by NF- $\kappa$ B and the tat transactivator. *Journal of General Virology, 296*, 77-83.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesley University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60*, 141-156.
- Rosenstock, I. M.(1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health, 50*, 295-301.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*, (2), 175-183.
- Rothman, A.J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K. & Martin, C.D. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology, 29*, 408-433.
- Salazar, L., DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. & Oh, M. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex:

A test of a mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5, 137-149.

Salazar-Granara, A., Santa María-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D. & Echazu-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7, (2), 79-85.

Saz, M. (2001). Impacto del VIH/SIDA en la familia. *Ponencia presentada en el XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, Lima, Perú*. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr>

Schaalma, H., Kok, G. & Peters, L. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research*, 8, 255-269.

Seals, D. & Young, J. (2003). Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38, 735-747.

Sebastiani, R., Pelicioni, M. & Chiattoni, H. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud.

Secretaría de Salud. (2007). *Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud*. México: Dirección General de Promoción de la Salud.

Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D. & Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8, (1), 25-44.

Silber, T.J. (1992). *Manual de medicina de la adolescencia*. Washington. D.C.: OPS.

- Small, S. & Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological, risk-factor approach. *Journal of Marriage and Family*, 61, 920-933.
- Smallman-Raynor M; & Cliff A. (1991). The spread of human immunodeficiency virus type 2 into Europe: A geographical analysis. *International Journal of Epidemiology*, 20, 480-489.
- Smelser, N.J. (1989). Self-esteem and social problems: An introduction. En A.M. Mecca, N.J. Smelser y J. Vasconcllos (Eds.), *The social importance of self-esteem* (pp. 1-13). Berkeley, CA: University of California.
- Smith, D., Roofe, M., Ehiri, J., Campbell, S., Jolly, C. & Jolly, P. (2003). Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica. *Journal of adolescent health*, 33, 41-48.
- Soto-Mas, F., Lacoste-Marín, J. A., Papenfuss, R. L. & Gutiérrez-León. (1990). Revista Española de Salud Pública. El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA, 7, (4).
- Spencer, J.M., Zimet, G.D., Aalsma, M.C. & Orr, D. (2002). Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics*, 109, 581-584.
- Statham, A. & Rhoades, K. (2001). Gender and self-esteem. Narrative and efficacy in the negotiation of structural factors. En T.J. Owens, S. Stryker y N. Goodman (Eds.) *Extending self-esteem theory and research. Sociological and psychological currents* (pp. 255-284). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Steinberg, L. (1990). Independence in the family: autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. En S.S. Feldman y G.L. Elliott (Eds.) *At the*

*threshold: the developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Steinberg, L. & Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development*, *57*, 841-851.

Starace, F., Bartoli, L., Aloisi, MS., Antinori, A., Narciso, P., Ippolito, G., Ravasio, L., Muioli, MC., Vangi, D., Gennero, L., Coronado, OV., Giacometti, A., Nappa, S., Perulli, ML., Montesarchio, V., La Gala, A., Ricci, F., Cristiano, L., De Marco, M., Izzo, C., Pezzotti, P., D'Arminio, D. & Monforte A. (2002). Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. The NeuroICONA study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, (1), 20-26.

Tapia, V., Arillo, E., Allen, B., Angeles, A., Cruz, A. & Lazcano, 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*, (4), 334-43.

Tedeschi, J.T. & Norman, N.M. (1985). Social power, self-presentation and the self. En B.R. Schlenker (Ed.): *The self and social life*. New York: McGraw-Hill.

Toledo, H., Navas, T., Navas, L. & Pérez, N. (2002). Los adolescentes y el Sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, *54*, 152-157.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B. & Robins, W. W. (2003). Stability of self-esteem across the life-span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 205-220.



- Upchurch, D.M., Aneshensel, C.S., Sucoff, C.A. & Leavy-Storms, L. (1999). Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *Journal of Marriage and Family*, 61, 920-933.
- Uribe, A. (1999). Los adolescentes: Una alternativa de cambio social a través de la prevención de la infección por VIH/SIDA. *Saludable*, 3, 7-8.
- Uribe, A. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/Sida en adolescentes colombianos. Tesis Doctoral. Universidad de Granada (España).
- Uribe, R. A. F., Vergara, V. T. & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7, (2), 1513-1533.
- University of Twente. (2004). *Theory of planned behavior/Reasoned action*. The Netherlands Europe.
- U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. (1995). *For a Healthy Nation: Returns on Investment in Public Health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Valderrama, L. J., Uribe, A. F., Sanabria, A. M., Orcasita, L. T. & Vergara, V. (2008). Análisis del nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes. *Ponencia aceptada para su presentación en la V Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana, Cuba.
- Vallutis, S., Goreczny, A. J., Abdullah, J., Magee, E., & Wister, J. (2009). Weight preoccupation, body image dissatisfaction, and self-efficacy in female undergraduates. *Scientific Journals International: Journal of psychiatry, Psychology, and Mental Health*, 3, 1-11.

- Vargas, E., Gambará, H. & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)*, 6, 665-695.
- Vargas-Trujillo, E., Gambará, H. & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: Un estudio meta-analítico. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 6, (3), 665-695.
- Vega, A. & Lacoste, J. (1995). *Niños, adolescentes y SIDA: Problemaática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Velazco, A. M. (1998). *Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de la salud a los adolescentes*. México: Pax.
- Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, F. & Góngora-Biachi, R. A. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, 157-168.
- Vera-Villarroel, P., Pérez, V., Moreno, K. & Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 55-67.
- Vidal, R., Coll, O. & Reverter, M., (2001). Transmisión vertical del VIH y su prevención. *Manual del Sida* (pp. 117-127). Barcelona.
- Voydanoff, P. & Dannelly, B.W. (1990). *Adolescent sexuality and pregnancy*. Estados Unidos: Sage Publications.

- Walter, H. J., Vaughan, R. D., Gladis, M. M., Ragin, D. F., Kasen, S. & Cohall, T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenters. *American Journal of Public Health, 82*, 528-531.
- Weinstein, J. (1992). *Riesgo psicosocial en jóvenes*. PREALC. Santiago de Chile.
- West, P. & Sweeting, H. (1997). Lost soul and rebels: A challenge to the assumption the low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education, 97*, 161.
- Widmer, E.D. (1997). Influence of Older Siblings on Initiation Of Sexual Intercourse. *Journal of Marriage and Family, 59*, (4), 928-938.
- Withaker, D.J., Miller, K.S. & Clark, L.F. (2000). Reconceptualising adolescent sexual behavior: Beyond did they or didn't they? *Family Planning Perspectives, 32*, 111-124.