Revista Latinoamericana de Psicología
2006, volumen 38, Nº 1, 21-43

AUTOEFICACIA EN LA NEGOCIACIÓN SEXUAL: RETOS PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN MUJERES PUERTORRIQUENAS

PATRICIA NOBOA ORTEGA*
IRMA SERRANO-GARCÍA
Universidad de Puerto Rico, Río Piedras

ABSTRACT

Sexual negotiation has been proved to be one of the most effective prevention strategies for managing the conflicts related with sexual safe practice and to help women to protect themselves from contracting HIV/AIDS. Self-efficacy is a main concept in Social Cognitive Theory (SCT); it constitutes a mediator variable during sexual negotiation. The objective of this study was to explore self efficacy perception in a group of Puerto Rican women (N=110). We administered the Self-Efficacy Scale. Women perceived themselves with lower levels of self efficacy when negotiating non-penetrative sexual practices and managing their emotions during sexual negotiation. We discuss the implications of the use of self-efficacy in developing HIV preventive interventions in Puerto Rico and the Caribbean.

Key words: HIV/AIDS prevention, sexual negotiation, self efficacy, Puerto Rico.

RESUMEN

La negociación se ha planteado como la estrategia más adecuada para trabajar conflictos vinculados a las prácticas sexuales seguras, alternativa que le permite a las mujeres protegerse contra el VIH/SIDA. La autoeficacia, concepto central de la Teoría Social Cognitiva (TSC), constituye una variable mediadora en dicho proceso. Por esto, este estudio tuvo como objetivo examinar la percepción de autoeficacia en un grupo de mujeres universitarias puertorriqueñas (N=110) como resultado de la administración de la Escala de Autoeficacia (EAE). Entre los

Continúa

* Correspondencia: PATRICIA NOBOA ORTEGA, Calle Central, Edificio 659 Apt. 6 San Juan Puerto Rico 00971. *E-mail:* ienmanja@yahoo.com

resultados más pertinentes encontramos que las mujeres expresaron percibirse menos autoeficaces negociando la práctica de conductas no penetrativas, y manejando sus emociones. Discutimos las implicaciones que tiene la autoeficacia particularmente en el desarrollo de intervenciones preventivas del VIH/SIDA tanto en Puerto Rico como el Caribe.

Palabras clave: prevención de VIH/SIDA, negociación sexual, autoeficacia, Puerto Rico

La epidemia del VIH/SIDA lleva con nosotros/as más de 20 años, a pesar de los múltiples esfuerzos de prevención para detener su progresión a nivel mundial (OMS, 2000; UNAIDS, 2002). Este trabajo es uno de esos esfuerzos. Con el propósito de ubicarlo en el contexto del desarrollo de la epidemia presentamos a continuación su cuadro epidemiológico.

El VIH/SIDA entre las Mujeres: Situación Actual en el Caribe y Puerto Rico

El VIH/SIDA tiene mayor prevalencia en los países en desarrollo siendo las regiones de África, el Caribe y América Latina las más afectadas (UNAIDS, 2002). El Caribe, constituye la región del mundo con más alta prevalencia, luego del África Subsahariana (Ortiz-Torres, 2003; Serrano-García, Rodríguez & Acosta, 2003). En Haití y en República Dominicana se concentra el 85% de los casos y con Puerto Rico éstos se elevan a aproximadamente un 95% (UNAIDS, 2002). El Caribe, tiene una de las tasas más altas de casos nuevos de mujeres en las Américas, siendo el contacto heterosexual el foco primordial de infección (UNAIDS, 2002). Lamentablemente este cuadro no mejora, ya que tanto en el Caribe como en Puerto Rico el contagio con el VIH a causa de las relaciones heterosexuales continúa en aumento (UNAIDS, 2002).

En Puerto Rico, para octubre del 2005 se habían informado 30.220 casos de SIDA de los cuales 7.083 (23%) eran de mujeres. De ese grupo, el 61% (4.321) informó haberse infectado a través de relaciones heterosexuales (Oficina de Estadísticas de Salud, 2005). Las cifras actuales tanto en el Caribe como en Puerto Rico, evidencian la ausencia de respuestas efectivas a la epidemia.

Las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres al contagio del VIH/SIDA, tanto por razones biológicas como culturales y sociales (Toro-Alfonso & Serrano-García, 2003). Entre las razones biológicas, podemos mencionar, que durante las relaciones sexuales la vagina funge como receptor del semen, fluido corporal que contiene mayor cantidad de virulencia; además la vagina es más propensa a cortaduras que el pene constituyendo esto un factor de riesgo para el contagio (Noboa-Ortega, 2003). Por otro lado, entre las razones sociales y culturales se ha mostrado que las mujeres: (1) tienen una concepción limitada de la sexualidad (Acosta, 1999; Acosta-Pérez, Serrano-García & Hernández- Cartagena, 2002), (2) tienen poco control sobre las relaciones de poder en que participan (Galarza & Serrano-García, 1997), (3) se encuentran en situaciones de dependencia económica y pobreza que facilitan las relaciones de desigualdad con su pareja (León, 2001; Serrano-García, et al., 2003), (4) desempeñan simultáneamente una gran variedad de roles que les dificultan velar por su salud física y emocional (Serrano-García, 1994), y (5) comparten creencias normativas relacionadas a su género que constituyen estándares para la evaluación y las decisiones en torno a su comportamiento (Ortiz-Torres, Serrano-García & Torres-Burgos, 2000).

Los científicos/as sociales han intentando elaborar teorías y modelos explicativos para comprender el comportamiento humano, proveer un amplio marco de referencia, e identificar

aquellos factores sociales, psicológicos y culturales pertinentes a los comportamientos de riesgo de los seres humanos (Arauzo, Blanck & Bermúdez, 1992; Bayés, 1992; DiClemente & Peterson, 1994; CDC, 1999 revisado; Kalichman, 1998; Mantell, DiVittis & Auerbach, 1997; Parga, 2002; Toro-Alfonso, 2002). Su objetivo ulterior es elaborar modelos de prevención que eviten el contagio del VIH/SIDA. La Teoría Social Cognitiva (TSC), ha sido uno de los modelos explicativos utilizados para enfrentar esta epidemia.

TEORÍA SOCIAL COGNITIVA: AUTOEFICACIA

Bandura (1986; 1989; 1997), uno de los exponentes principales de esta corriente, conceptualiza al ser humano como uno complejo cuyo comportamiento es producto de multiplicidad de variables, que interactúan recíprocamente. A partir del modelo de la Tríada del Determinismo Recíproco, expone que las variables intrapersonales, que incluyen las variables cognitivas, psicológicas, biológicas, y afectivas; las variables ambientales, que constituyen y forman el comportamiento; y el comportamiento del ser humano en sí, son elementos que interactúan e influyen en como se comporta el ser humano y en el ambiente donde se desarrolló y se generó dicho comportamiento. Como este trabajo enfoca la autoeficacia daremos mayor énfasis a las variables cognitivas, que incluyen las capacidades necesarias para el desarrollo de la autoeficacia.

Bandura reconoce las distintas capacidades cognitivas que organizan el comportamiento del ser humano. Entre estas capacidades menciona: (a) la capacidad de simbolizar, (b) la capacidad vicaria, (c) la capacidad de planificar, (d) la capacidad autorreguladora, y (e) la reflexiva (Bandura, 1997). La capacidad para utilizar símbolos le provee al ser humano la herramienta para entender y manejar el medio ambiente. Es a través de la capacidad de simbolizar que las personas pueden formar una combinación de comportamientos que le permiten construir posibles soluciones y resolver problemas que enfrentan en la vida. La capacidad vicaria, le permite al ser humano aprender observando, y este acto implica construir nuevos conocimientos y desarrollar nuevas destrezas por medio del modelaje (Bandura, 1989). El aprendizaje a través de la observación permite experimentar lo que la otra persona hace, por tanto, las consecuencias deseables del comportamiento de la persona modelo proporcionan suficiente incentivo para imitar la ejecución. Por otro lado, si la persona observa consecuencias negativas, en ocasiones, no realizará el comportamiento. La tercera capacidad es la de planificar. Esta le permite al ser humano anticipar las consecuencias de sus acciones e igualmente establecer metas que le guían. Aquí el elemento del deseo, juega un rol importante, ya que un evento deseable motiva al ser humano a realizar aquello que interesa. La capacidad autorreguladora, se relaciona con el proceso de socialización. Como sabemos, dicho proceso permite que los seres humanos se constituyan históricamente como personas y como miembros de una sociedad. A través de este proceso la capacidad autoreguladora se desarrolla y se construye, permitiéndole a los seres humanos, internalizar las demandas y las sanciones externas creando así controles internos que dan dirección a su comportamiento; en fin, aprenden a comportarse en sociedad. Por último, la capacidad auto reflexiva, le permite al ser humano, conocerse, conocer el mundo, evaluarse y de ser necesario, cambiar su comportamiento.

Bandura (1994; 1997) sugiere integrar cuatro componentes medulares de la TSC a los modelos de prevención: (1) el componente cognitivo, (2) el componente conductual, (3) el fortalecimiento de la autoeficacia, y (4) el apoyo social. El primer componente, está vinculado con proveer información tanto sobre el riesgo asociado a un comportamiento en específico, como en el desarrollo de conocimiento sobre las áreas que se van a potenciar a través de la intervención. Reconociendo que es insuficiente informar a las personas de la necesidad de alterar sus prácticas, se incorpora el segundo componente, el conductual. Este está vinculado con el desarrollo de destrezas

sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva efectiva. El modelaje constituye aquí un elemento importante. A través de las guías, la retroalimentación provista por facilitadores y facilitadoras, y el ejercicio continuo se perfecciona la destreza. Las experiencias ejercitando el control de una situación social, facilitan el desarrollo de la autoeficacia. Esto es importante ya que las personas necesitan estar convencidas de su eficacia para realizar esfuerzos que reten sus capacidades. Finalmente, el componente de apoyo social, va dirigido a reforzar y a mantener el comportamiento.

Al igual que Bandura, otros/as exponentes de la TSC (Díaz-Loving, 2001; Gollwitzer, 1996; Torres-Maldonado & Díaz-Loving, 1999), le han asignado un rol central a la autoeficacia. Como este concepto es fundamental para esta investigación, a continuación lo examinaremos a profundidad.

Autoeficacia

La autoeficacia se ha definido de múltiples formas, (Bandura, 1986; 1994; 1997; Wiley & Sonds, 1994). Todos los autores y las autoras concuerdan en que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento. Por otro lado, se distinguen en que algunas personas señalan la autoeficacia como confianza, como habilidad, como capacidad que se siente, y como creencia que se tiene. Para esta investigación seleccionamos la siguiente definición: "la creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción que se requieren para alcanzar logros" (Bandura, 1997, p. 37). Entendemos que es la más abarcadora ya que para que el ser humano desarrolle cursos de acción apropiados tiene que controlar su propio funcionamiento, es decir los procesos de pensamiento, motivación, estados afectivos y psicológicos. Además, necesita poseer las destrezas que le permitan manejar situaciones de conflicto, saberlas integrar a un curso de acción y utilizarlas de forma apropiada en circunstancias difíciles.

Se ha encontrado que la autoeficacia influye en varios aspectos del comportamiento del ser humano, a saber: (1) implantar un comportamiento deseado, (2) generar y mantener la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, (3) el proceso mental involucrado al implantar el comportamiento; y (4) las emociones experimentadas al ejecutar el comportamiento o al anticipar sus resultados (Bandura, 1994; DiIorio, Maibach, O'Leary, Sanderson & Celentano, 1997). Tener éxito en muchas áreas de nuestra vida requiere entre otras cosas, voluntad, recursos y perseverancia. Estas son precisamente cualidades de una persona autoeficaz. Es por ello, que la autoeficacia se manifiesta a través de la confianza en la capacidad de sobreponerse a los obstáculos, inherentes al proceso de alcanzar una meta. Para lograr protegerse del VIH/SIDA, las mujeres necesitan poseer las destrezas que les permitan manejar situaciones de conflicto, saberlas integrar a un curso de acción apropiado y utilizarlas de forma correcta en circunstancias difíciles.

El concepto de autoeficacia apunta específicamente a la relación entre el comportamiento del ser humano y la situación (Bandura 1977; Maibach & Murphy, 1995; Marín, Tschann, Gómez & Gregorich, 1998). Por lo tanto, la unidad de análisis de la autoeficacia es esa relación. Es por ello que la percepción de autoeficacia no se manifiesta de forma general sino que está ligada a un aspecto particular del contexto o de la situación.

Negociación sexual y autoeficacia

Muchos autores y autoras han señalado la negociación como la estrategia más adecuada para trabajar los conflictos vinculados a la práctica de comportamientos de sexo más seguro que les permitan a las mujeres protegerse contra el VIH/SIDA (Crawford, Kippax & Waldby, 1994; Galarza & Serrano-García, 1997). La negociación sexual se ha definido como "una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las

necesidades y deseos de las dos personas involucradas" (Crawford, et al., 1994, p. 2). Mediante su implementación las mujeres pueden auscultar sus intereses, valores y los de su pareja; tomar decisiones más acordes con las metas y aspiraciones de ambos, y establecer tales decisiones sobre una base de común acuerdo y compromiso. En esa medida pueden fortalecer su autoestima y sentido de control personal.

Negociar comportamientos de bajo riesgo requiere el desarrollo y la utilización de destrezas (DiClemente & Wingood, 1995; Gómez & VanOss-Marín, 1996; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Shepherd 1992; Kelly, 1995; Levine, Britton, James, Jackson, Hobfoll & Lavin, 1993; Nina-Estrella, 1997; Serrano-García, 1994). Algunos autores y autoras dan importancia al desarrollo de destrezas técnicas y sociales para reducir los comportamientos de alto riesgo (DiClemente & Wingood, 1995; Kelly, 1982; Kelly, et al., 1994). Las destrezas técnicas se refieren al nivel de experiencia en el manejo del uso del condón masculino, del condón femenino o de otras barreras de látex (Ortíz-Torres 1995). Las destrezas sociales incluyen: (1) el manejo de las relaciones interpersonales, y (2) el reconocimiento de destrezas de auto-manejo del comportamiento. Entre las primeras, se han mencionado las destrezas de asertividad y comunicación sexual (DiClemente & Wingood, 1995; Kelly, et al., 1994). El fortalecimiento de estas destrezas facilita que las mujeres desarrollen respuestas eficaces para resistir la coerción de la pareja para practicar comportamientos de alto riesgo. Poseerlas promueve además, un aumento en la comodidad sexual para rechazar comportamientos de alto riesgo y conversar con la pareja sobre comportamientos seguros y, finalmente, fortalecen su autoeficacia. Somlai et al., (1998) señalan que las mujeres con pocas destrezas de asertividad tienden a practicar comportamientos de alto riesgo.

A partir de la literatura revisada, entendemos necesarias para la protección del VIH/SIDA, las siguientes destrezas de negociación sexual: (1) reconocer la petición de la pareja, (2) rechazar la práctica de comportamientos de alto riesgo, (3) proveer razones para el rechazo, (4) expresar la necesidad de protección, (5) sugerir alternativas específicas de bajo riesgo, (6) identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro, (7) reafirmar el interés en protegerse, (8) rebatir los argumentos de la pareja sin atacarla y, finalmente, (9) reconocer la relación contexto-estrategia. La implementación de estas destrezas, requiere una evaluación de los comportamientos y el convencimiento de su capacidad para generar y manejar conflicto. Es en este proceso en el cual la autoeficacia cobra importancia.

Reconociendo la importancia de la autoeficacia en la negociación sexual el proyecto VOCES la incorporó a su agenda de investigación, conceptualizándola como variable mediadora en la utilización de la negociación como alternativa de protección.

ESFUERZOS DE PREVENCIÓN EN PUERTO RICO: VOCES

Los esfuerzos preventivos dirigidos exclusivamente hacia mujeres en Puerto Rico son muy pocos (Feliciano-Torres, 2003; OCASET, 1993; Serrano-García, 1994). Con excepción del proyecto Nuestras VOCES ante el VIH/SIDA, que concluyó sus trabajos recientemente y que estaba ubicado en la Universidad de Puerto Rico, la mayoría están ubicados en organizaciones de base comunitaria que brindan servicios a las mujeres. Entre estos programas de prevención se encuentran, Kamaria, Rostros de Fortaleza y Luz de un Nuevo Día (Feliciano-Torres, 2003). Estos programas, tienen la meta de reducir tanto el riesgo de infección al VIH/SIDA como la Infección de Transmisión Sexual (ITS). El programa Kamaria y Luz de un Nuevo Día van dirigidos a la población de mujeres trabajadoras sexuales y usuarias de drogas. El Proyecto Rostros de Fortaleza (Rostros) va dirigido a exusuarias de drogas, amas de casa bajo los niveles de pobreza, mujeres heterosexuales y mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). Para propósitos de este trabajo, cabe mencionar que el programa de Kamaria utiliza como marco con-

ceptual la TSC (Bandura, 1994). Rostros de Fortaleza utiliza la Teoría de Acción Razonada (Fishbein & Middlestadt, 1989), Modelos de Creencias en Salud (Rosentock, Strecher & Becker, 1994) y Educación Popular (Freire, 1980). El programa Luz de un Nuevo Día, utiliza Modelos de Creencias en Salud (Rosentock, et al, 1994), y el Modelo Transteórico (Prochascka & Velicer, 1997).

Rostros posee un carácter innovador ya que incorpora a los hombres que son parejas de las mujeres. En los últimos años, partiendo del supuesto de que las acciones dirigidas a prevenir el VIH en mujeres han sido insuficientes, algunos de los y las investigadores y directores/as de programas de prevención han incorporado a los hombres (Escabí-Montalvo, Serrano-García & Pérez-Jiménez, 2002). Las personas que abogan por la incorporación de los hombres a las intervenciones plantean que, de esta manera, los esfuerzos que se han llevado a cabo con mujeres se complementarían, incidiendo positivamente en su salud (Serrano-García & Pérez-Jiménez, 1999). Está por verse si esta estrategia es efectiva y ya existen algunos esfuerzos para evaluarla (Pérez-Jiménez & Serrano-García, 2000).

VOCES, fue un esfuerzo de investigación/intervención exclusivamente para mujeres heterosexuales activas sexualmente. Su propósito principal fue desarrollar y evaluar una intervención para el desarrollo de destrezas de negociación, influida por la percepción de autoeficacia (Serrano-García, Torres-Burgos & Galarza, 2001). Para el diseño de esta investigación se utilizó el modelo teórico de relaciones de poder de Serrano-García y López-Sánchez (1990). Según este modelo, el poder es una relación social; no es una cosa, ni un lugar, ni una habilidad. Esta relación está caracterizada por dos agentes, uno controlador y otro interesado, ubicados históricamente en una base material asimétrica que está en conflicto por un recurso. Los agentes pueden ser grupos, organizaciones o personas que controlan o se interesan por un recurso; en nuestro caso, los agentes son un hombre y una mujer. Los recursos son todos los elementos disponibles en la sociedad para la satisfacción de las necesidades y aspiraciones humanas (e.g. comida, agua, inteligencia, habilidades, sensualidad, uso del condón masculino) y todas las personas poseen recursos. La base material es la distribución actual de los recursos en la sociedad la cual se asume que es, y será siempre, asimétrica. Para que se genere una relación de poder es necesario tener o desarrollar conciencia de la asimetría. Esta conciencia genera necesidades y aspiraciones. La relación de poder se inicia cuando un agente expresa interés en el recurso que el otro controla. Por tanto, la relación de poder la determina el agente interesado. El conflicto se generará cuando el agente que controla el recurso se niega a ceder el recurso solicitado.

A partir de este modelo conceptual se desarrolló esta investigación. Para este estudio, definimos autoeficacia operacionalmente como la percepción que tienen las mujeres sobre su capacidad de negociar prácticas de sexo seguro que las protejan del VIH/SIDA. La definición de negociación fue "el proceso en que la mujer manifiesta su disponibilidad a intercambiar recursos" (Galarza, 1998, p. 90).

Veamos un ejemplo vinculando el modelo de negociación sexual a la prevención del VIH/SIDA e incorporando los elementos del modelo de relaciones de poder antes descrito (Serrano-García, 1993). Sus elementos se destacan en paréntesis y en bastardillas, en la descripción.

> María (*agente interesado*) quiere protegerse del contagio con el VIH/SIDA (*necesidad*) y entiende que en su relación con Juan las prácticas sexuales las suele determinar él (*conciencia*). Aunque sus amistades piensan que esto del VIH/SIDA no es importante, María está convencida de que sí. Una noche decide comunicarle a Juan (*agente controlador*) su interés en que usen condones masculinos en las relaciones sexuales (*identificación del recurso*). Juan, quien reacciona sorprendido, se niega. Dice que usar un condón es incómodo y que su petición demuestra desconfianza. *Esta negación establece el conflicto y una relación de poder*.
>
> *El cambio en la relación de poder ocurre mediante dos estrategias básicas; (1) la alteración de la definición del recurso en conflicto o (2) la transferencia total*

> *o parcial del control del recurso*. Ante la reacción de Juan, María (*al percibirse autoeficaz generará alternativas*) le indica que ya no está interesada en que Juan use el condón masculino, sino que ahora quiere que Juan y ella bailen desnudos (*alteración de la definición)*. Otra opción es que María (*al percibirse autoeficaz*) insista y Juan le diga que está dispuesto a probar, a ver cómo se siente al usar el condón (*transferencia parcial*). Ambas alternativas ponen fin a esa relación de poder. *La primera, porque María perdió interés en usar el condón masculino y la segunda, porque Juan cedió parcialmente su recurso (usar el condón). (Fue parcial porque sólo accedió a probarlo y no a usarlo siempre) (*Galarza, 1998, p. 84).

Con este ejemplo, mostramos cómo una mujer al sentirse capaz, puede sugerirle alternativas a su pareja como bailar desnudos o insistir en el uso del condón masculino. Sin embargo, no por eso podemos inferir que ella es autoeficaz durante la negociación sexual ya que el proceso de negociación requiere múltiples destrezas, que ya hemos mencionado y la percepción de autoeficacia se da ante cada aspecto particular del proceso de negociación.

En resumen, el Proyecto VOCES partió de la idea de que la negociación sexual ocurre en una relación de poder entre hombres y mujeres, en la que los primeros controlan más recursos. Su alteración requiere que las mujeres se perciban capaces de negociar prácticas sexuales con protección. Por esto, VOCES tuvo la encomienda de fortalecer la autoeficacia de las mujeres participantes durante la intervención.

La meta de esta investigación fue medir la percepción de las mujeres sobre su capacidad para negociar prácticas de sexo más seguro. Los objetivos de la misma fueron conocer: (1) cuán autoeficaces se percibían las participantes en la negociación sexual, (2) en cuáles destrezas de negociación se percibían más autoeficaces, y, finalmente, (3) con cuáles destrezas de negociación se percibían menos autoeficaces. En otras palabras, quisimos conocer en cuáles dimensiones las mujeres expresaron mayor o menor percepción de autoeficacia.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron 110 mujeres estudiantes de la Universidad de Puerto Rico. Sus edades fluctuaron entre los 17 y 22 años y casi todas cursaban entre primer y tercer año de estudios de pregrado. La mayoría no trabajaba fuera de su casa y las que sí, trabajaban tiempo parcial. La mayoría no tenía hijos/as. Un 95% de las participantes se consideraban puertorriqueñas. En su mayoría se identificaron con la religión, un 59% con la católica, un 34% con la evangélica, y un 7 % con otras religiones, entre las que se encuentran el Espiritismo, Mormones, Santería, Testigos de Jehová, Episcopales, Adventistas y Luteranos. Informaron que no participaban con frecuencia en actividades religiosas. Un 44 % de las mujeres señaló estar activa sexualmente durante los últimos seis meses, compartiendo sexualmente durante meses con un solo hombre. Las mujeres participantes aseguraron que su pareja sostenía relaciones exclusivamente con ellas. La mayoría no enfrentaba episodios de violencia doméstica ni utilizaba drogas. Finalmente, casi la totalidad de las mujeres no se sentía en riesgo de contraer el VIH/SIDA, casi ninguna se había hecho una prueba de VIH/SIDA y en su inmensa mayoría no creían ser VIH positivas.

Instrumentos

Para este estudio utilizamos dos instrumentos, la Escala de Autoeficacia (EAE) (Noboa-Ortega, 2001) y el Instrumento de Datos Sociodemográficos (IDS) (Arroyo-Carballo, Pacheco-Bou, Hernández-Cartagena, Torres-Burgos, Resto-Olivo, García, et al., 1996). La estructura de la EAE constaba[1] de 28 reactivos,

1 Los datos presentados son de la primera versión de la Escala. Esta se revisó posteriormente (Noboa, Hernández & Serrano, 2001).

de escala tipo Likert de cuatro puntos los cuales fluctuaban desde "Definitivamente no puedo" (valor de 1) hasta "Definitivamente puedo" (valor de 4). Las participantes al leer los reactivos debían hacer una marca de cotejo indicando si creían que podían o no realizar la actividad que el reactivo presentaba. Estos se dividieron en función de tres aspectos: (1) destrezas de negociación (presentadas anteriormente), (2) obstáculos a la negociación que impactaban su percepción de capacidad, (3) prácticas penetrativas (i.e penetración anal y vaginal) y no penetrativas (i.e masturbación, utilizar juguetes sexuales, mamar el pene[2] con condón y realizar comportamientos nuevos). En la Tabla 1 aparecen los obstáculos provenientes de la pareja y de la mujer.

TABLA 1

Obstáculos provenientes de la pareja y obstáculos provenientes de la mujer

Obstáculos de la pareja	Obstáculos de la mujer
Ofrece razones para no usar el condón	Emoción previa a la negociación
Agrede verbalmente	Emoción durante la negociación
Rechaza a la mujer	Sentir fuertes deseos sexuales
Le exige muestra de su amor	Llevar mucho tiempo en la relación
Se molesta	Sentir confianza en la pareja
Insiste en la penetración	
No cree en la mujer	
Amenaza a la mujer	
Solicita prácticas que a él le gustan	

La EAE es válida y confiable. Fue sometida a pruebas de validez, de contenido y de constructo, tanto como a pruebas de confiabilidad. Las pruebas de validez mostraron que los reactivos son adecuados, claros y precisos para las destrezas de negociación y la relación situación-obstáculo. El análisis factorial comprobó que la estructura interna de la EAE tiene cuatro factores a saber: (1) Expresa la necesidad de protegerse, (2) Es firme en el uso del condón masculino, (3) Propone a su pareja prácticas no penetrativas, y finalmente, (4) Identifica las razones que él da para no practicar sexo más seguro (Noboa-Ortega, 2001). Como la estructura interna resultante captura los asuntos medulares de la negociación sexual, podemos inferir que la EAE es válida para medir la percepción de autoeficacia en la negociación sexual. La consistencia interna o confiabilidad de la EAE fue de un Alpha de Cronbach de 0,85 (Noboa-Ortega, 2001). Ello significa que el índice de confiabilidad de EAE es alto, por lo cual podemos aseverar que según este criterio la escala es confiable, y que existe un buen grado de interrelación y homogeneidad entre los reactivos que la componen.

La información sobre las características de las participantes surgió del Instrumento de Datos Sociodemográficos (Arroyo-Carballo, et al., 1996). Utilizamos el IDS como instrumento de cernimiento. Este consta de 27 preguntas de las cuales 13 son abiertas y 14 cerradas. Mide las siguientes variables: (1) edad, (2) nacionalidad, (3) educación, (4) preferencia sexual, (5) actividad sexual, (6) estabilidad de

2 Aunque estamos conscientes de que este término puede considerarse de mal gusto en algunos países en América Latina, lo mantuvimos porque fue el término utilizado en la EAE al cual las mujeres reaccionaron.

la pareja, (7) experiencias de violencia doméstica, (8) uso de drogas y su frecuencia, y (9) estatus de seropositividad. Otras variables son: (10) estado civil, (11) hijos/as, (12) nivel socioeconómico, y (13) religión.

Procedimiento

La administración de los instrumentos se llevó a cabo en salones de clases de la Universidad de Puerto Rico en el año 1997. Participó un total aproximado de ocho asistentes de investigación, incluyendo a la primera autora, quienes recibieron un adiestramiento para administrar los instrumentos. La EAE y el IDS se administraron junto a una batería de otros instrumentos del proyecto.

En la administración de los mismos, se presentó de forma general el propósito de VOCES a las participantes. Se les informó la razón de la administración, y que su participación era confidencial y voluntaria. Para validar este proceso las participantes firmaban una hoja de consentimiento que se les facilitó y luego procedían a contestar los instrumentos. Se les dijo que leyeran con detenimiento la hoja de instrucciones incluida y que aclararan cualquier duda que surgiera tomando en consideración que no podían profundizar ni abundar en las contestaciones para evitar influir en sus respuestas. Las participantes contestaron los instrumentos en 35 a 45 minutos. Completar la EAE y el IDS solamente tomó entre 10-15 minutos.

Análisis

Utilizamos estadísticas descriptivas y correlaciones. Para las correlaciones utilizamos el producto momento de Pearson (r) con un criterio de significancia de $p < 0,05$. El análisis de frecuencia lo realizamos de acuerdo a las dimensiones de la EAE: (1) destrezas de negociación sexual, (2) prácticas sexuales y (3) obstáculos a la negociación provenientes de la mujer y del hombre.

RESULTADOS

Destrezas de negociación

Las cifras presentadas en esta sección indican los promedios porcentuales de respuestas de las mujeres que se perciben capaces de realizar la actividad sexual sugerida. Indicaron esto seleccionando el intérvalo de “Definitivamente puedo”. En esta sección nos referimos exclusivamente a este intérvalo. Las destrezas de negociación a las que las mujeres participantes le atribuyeron esa evaluación con mayor frecuencia fueron: “ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo” (86%), y “expresar reafirmación por el interés en protegerse” (85%). Estas destrezas le requieren a la mujer: decirle a su pareja que utilice protección, explicarle por qué, insistir en su posición de protegerse, negarse a la penetración anal sin protección y negarse a mamarle el pene. Por el contrario, las mujeres escogieron con menor frecuencia las siguientes destrezas de negociación: “identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro” (50%) y “rebatir los argumentos de su pareja sin atacarla” (60%). Según podemos inferir, estas dos destrezas son las que más socavan su percepción de autoeficacia. Estas destrezas requieren: escuchar e identificar razones que su pareja ofrece para no usar condón, manejar el enojo que le produce, demostrarle que es falso que el condón aprieta, manejar las amenazas de su pareja, proponerle prácticas no penetrativas y afirmarle que le pueden gustar, y finalmente, manejar emociones que le generan estas prácticas como la vergüenza. Veamos en la Tabla 2 la distribución de los promedios porcentuales de respuestas de las participantes por destrezas de negociación.

TABLA 2

Promedios Porcentuales de Respuestas de las Participantes por Destrezas de Negociación

Destreza	Definitivamente puedo	Creo que puedo	Creo que No puedo	Definitivamente puedo	Total
1. Expresa necesidad de protección	68%	13%	9%	10%	100%
2. Expresa reafirmación del interés	85%	10%	3%	3%	101%1
3. Ofrece razones para no incurrir en prácticas de riesgo	86%	10%	1%	2%	99%
4. Ofrece alternativas	71%	18%	5%	6%	100%
5. Identifica verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro	50%	29%	8%	14%	101%
6. Rebate los argumentos de la pareja sin atacarla	60%	24%	33%	9%	100%
7. Dice NO a las prácticas de alto riesgo sugeridas por su pareja	76%	15%	6%	4%	101%+
8. Identifica los recursos que no está dispuesta a ceder	80%	12%	1%	6%	99%
9. Reconoce la relación contexto/estrategia	72%	20%	4%	4%	100%
Total reactivos 9					

1 Puede haber varias tablas cuyo total dé 99 o 101 por razones de redondeo.

Prácticas sexuales penetrativas y no penetrativas

Entre las prácticas sexuales penetrativas de alto riesgo a las que las mujeres participantes le atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con mayor frecuencia encontramos: oponerse, negarse y explicarle los riesgos de la penetración anal a su pareja (89%). Por el contrario, le atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con menor frecuencia a: la práctica sexual penetrativa de negarse a la penetración vaginal sin condón masculino, a pesar de sus fuertes deseos sexuales (62%) y a explicarle por qué los hombres insisten en la penetración (63%).

Al referirnos a las prácticas no penetrativas de alto riesgo, las mujeres atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con mayor frecuencia a negarse a mamarle el pene a su pareja si no usa condón masculino (91%). Sobre las prácticas no penetrativas, las mujeres atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con menor frecuencia a: proponerle a su pareja mamarle el pene aunque rechace la petición (37%) y utilizar juguetes en el encuentro sexual a pesar de que le dé vergüenza (34%). Veamos la Tabla 3 para la distribución de las respuestas de las participantes a las prácticas sexuales penetrativas y la Tabla 4 para las prácticas no penetrativas.

TABLA 3

Percepción de Autoeficacia para las Prácticas Sexuales Penetrativas

Destreza	Definitivamente puedo	Creo que puedo	Creo que No puedo	Definitivamente puedo
1. Yo no puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino aunque él insista.	91%	7%	2%	1%
2. Yo puedo negarme rotundamente a la penetración anal si él no usa condón masculino.	90%	6%	2%	5%
3. Yo puedo oponerme a tener penetración anal sin condón masculino aunque él me pida que lo haga como muestra de mi amor.	87%	6%	1%	7%
4. Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino aunque él no me crea.	86%	11%	2%	1%
5. Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino.	77%	15%	4%	5%
6. Yo puedo aclararle a mi pareja por qué los hombres insisten en la penetración aunque él se moleste.	63%	27%	6%	4%
7. Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino a pesar de mis fuertes deseos sexuales	62%	21%	13%	5%
Total reactivos 7				

Obstáculos a la negociación

Las mujeres mostraron dificultad en manejar obstáculos provenientes tanto de ellas como del hombre. Estas le atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con menor frecuencia a negociar: (1) cuando sienten vergüenza (34%), y coraje (48%). El obstáculo proveniente del hombre ante el cual mostraron mayor dificultad fue al rechazo de la pareja a su petición de protegerse (37%). Por el contrario, las mujeres durante el proceso de negociación mostraron menor dificultad en manejar obstáculos provenientes del hombre, particularmente el relacionado a la penetración anal sin protección. Negarse a esta práctica no planteó mayor dificultad. Las mujeres le atribuyeron la evaluación "Definitivamente puedo" con mayor frecuencia a: (1) enfrentar que su pareja se moleste (90%), (2) negociar aunque él le pida practicar sexo riesgoso como muestra de su amor (87%), y (3) aunque él no le crea los riesgos que significan las prácticas sexuales solicitadas (86%). En la Tabla 5 presentamos los porcentajes de las respuestas de las participantes a los obstáculos provenientes de la pareja y en la Tabla 6 los obstáculos provenientes de las mujeres.

TABLA 4

Percepción de Autoeficacia para las Prácticas Sexuales no Penetrativas

Destreza	Definitivamente puedo	Creo que puedo	Creo que No puedo	Definitivamente puedo
1. Yo puedo negarme a mamarle el pene sin condón masculino.	91%	7%	2%	1%
2. Yo puedo rehusar a mamarle el pene sin condón a pesar qué a él le gusta.	75%	17%	3%	5%
3. Yo puedo sugerirle a mi pareja que practiquemos conductas nuevas a pesar de que él insista en la penetración.	72%	21%	6%	1%
4. Y o puedo sugerirle a mi pareja que nos masturbemos en vez penetrarme aunque me dé vergüenza.	56%	22%	8%	14%
5. Yo puedo hablar con mi parejas sobre masturbarnos juntos aunque me dé miedo su reacción.	53%	16%	13%	17%
6. Yo puedo proponerle a mi pareja mamarle el pene con condón masculino aunque rechace mi petición.	37%	7%	19%	27%
7. Yo puedo afirmarle que le va a gustar utilizar juguetes sexuales a pesar de que me dé vergüenza.	34%	36%	16%	14%
Total de reactivos 7				

Correlaciones

Para conocer cómo se comporta la variable de autoeficacia en relación con las variables sociodemográficas decidimos correlacionarla con: años de estudio, percepción de riesgo del VIH, percepción de exclusividad y número de parejas. En los resultados, las variables de años de estudio, percepción de riesgo del VIH, percepción de exclusividad y número de parejas, no correlacionaron de manera significativa con la autoeficacia. La variable de estabilidad la definimos a través de las variables de percepción de exclusividad, número de parejas y el tiempo en la relación. O sea que una mujer con pareja estable era aquella que pensaba que su pareja le era fiel, tenía una sola pareja y llevaba por lo menos 12 meses o más de tiempo en la relación. A diferencia de la percepción de exclusividad y el número de parejas, sí encontramos una relación moderada entre la duración de la relación y la percepción de autoeficacia (c.c = 296, $p<0,05$). Es decir, a mayor tiempo en la relación mayor percepción de autoeficacia. Decidimos correlacionar con la autoeficacia cada variable de estabilidad por separado ya que al analizarlas en su conjunto no encontramos una relación significativa. Finalmente, al correlacionar la variable de actividad sexual (c.c = -.302, $p < 0,05$) con la de autoeficacia encontramos una relación débil pero significativa entre estas dos variables. Ello quiere decir, que las mujeres que están activas sexualmente se perciben más autoeficaces.

En resumen, los datos más reveladores concernientes a la prevención del VIH/SIDA fueron: (a) que los comportamientos sexuales no penetrativos son aquellos para los que las mujeres sienten menor autoeficacia en la negociación, (b) que el manejo emocional durante el proceso de negociación les resulta sumamente difícil, (c) de igual forma les resulta difícil implementar la destreza de "identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro", (d) que las mujeres se perciben capaces de rechazar los comportamientos penetrativos anales de alto riesgo, y que (e) a mayor tiempo en la relación se perciben más autoeficaces al igual que si están activas sexualmente.

¿Qué significan estos resultados? y ¿Qué nos sugieren para el desarrollo de intervenciones que propendan al fortalecimiento de la autoeficacia?

TABLA 5

Obstáculos que Provienen de la Pareja al Proceso de Negociación

Destreza	Definitivamente puedo	Creo que puedo	Creo que No puedo	Definitivamente puedo
1. Yo puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino aunque él insista.	91%	7%	2%	1%
2. Yo puedo negarme rotundamente a la penetración anal si él no usa condón masculino.	90%	6%	2%	5%
3. Yo puedo oponerme a tener penetración anal sin condón masculino aunque él me lo poda que lo haga como muestra de mi amor.	87%	6%	1%	7%
4. Yo puedo explicarle los riesgos de la penetración anal sin condón masculino aunque él no me crea.	86%	11%	2%	1%
5. Yo puedo decirle a mi pareja sexual que use el condón masculino aunque se moleste.	82%	16%	2%	1%
6. Yo puedo demostrarle a mi pareja que es falso que el condón aprieta aunque me amenace con terminar el encuentro sexual.	81%	15%	3%	2%
7. Yo puedo mantener mi posición de usar el condón masculino aunque me acuse de estar dañando el momento.	74%	15%	8%	3%
8. Yo puedo sugerirle a mi pareja que practiquemos conductas nuevas a pesar que él insista en la penetración.	72%	21%	6%	1%
9. Yo puedo aclararle a mi pareja por qué los hombres insisten en la penetración aunque él se moleste.	63%	27%	6%	4%
10. Yo puedo proponerle a mi pareja mamarle el pene con condón masculino aunque rechace mi petición.	37%	17%	19%	27%
Total de reactivos 10				

TABLA 6

Obstáculos que Provienen de la Pareja a la Negociación Sexual

Destreza	Definitivamente puedo	Creo que puedo	Creo que No puedo	Definitivamente puedo
1. Yo puedo explicarle a mi pareja por qué quiero protegerme a pesar de que confío en él.	86%	11%	1%	2%
2. Yo puedo insistir en protegerme a pesar de me dé coraje porque él no quiera protegerse.	86%	12%	1%	2%
3. Yo puedo pedirle a mi pareja que usemos el condón masculino aunque llevemos mucho tiempo juntos.	79%	9%	9%	3%
4. Yo puedo hablar con mis parejas sobre masturbarnos juntos aunque me dé miedo su reacción.	74%	15%	9%	3%
5. Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino a pesar de mis fuertes deseos sexuales.	62%	21%	13%	5%
6. Yo puedo sugerirle a mi pareja que nos masturbemos en vez de penetrarme aunque me dé vergüenza.	56%	22%	8%	14%
7. Yo puedo identificar las razones que él da para no usar condón masculino a pesar de tener coraje.	48%	29%	8%	15%
8. Yo puedo afirmarle que le va a gustar utilizar juguetes sexuales a pesar de que me dé vergüenza.	34%	36%	16%	14%
Total de reactivos 8				

DISCUSIÓN

Las mujeres expresaron sentirse más autoeficaces para “ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo”, y “expresar reafirmación por el interés en protegerse”. Esto puede deberse a diversas razones incluyendo: (1) su nivel educativo, (2) la correspondencia de estas destrezas, con el inicio de la negociación, (3) la deseabilidad social, y (4) una reacción de rechazo a la práctica sexual anal sugerida en los reactivos. Veamos con detenimiento cada una de estas razones.

Todas las mujeres participantes eran estudiantes universitarias con un nivel de educación mayor al de la población general. El nivel educativo facilita ejecutar procesos cognitivos más complejos como acceder a datos específicos (Galarza, 1998). Por ejemplo, los reactivos incluidos en la destreza de “ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo”, sugieren el comportamiento de explicar. Este requiere de la mujer un conocimiento básico de los comportamientos de riesgo y sus consecuencias. A su vez, el conocimiento pudiese ayudar a la mujer a ser firme en el interés de protegerse, ya que la firmeza puede manifestarse a través del pleno convencimiento del interés, que en este caso es protegerse del contagio del VIH/SIDA. Aunque el nivel educativo puede afectar la autoeficacia positivamente, hay evidencia de que el conocimiento es insuficiente para ejecutar comportamientos de bajo riesgo (Seal & Ehrhardt, 2003). No obstante, en una investigación con hombres y mujeres latinos/as, Marín, et al.,

(1998), encontraron que la variable sociodemográfica de educación correlacionaba significativamente con la percepción de autoeficacia en el uso del condón. A mayor educación más autoeficaces se percibían tanto los hombres como las mujeres.

La implementación de las destrezas, "ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo", y "expresar reafirmación por el interés en protegerse" suele ocurrir al inicio de la negociación (Galarza, 1998). Las personas evitan tareas o actividades que exceden sus capacidades y realizan aquellas para las cuales se perciben capaces (Bandura, 1997). Por esto, podríamos inferir que percibirse autoeficaces en estas dos destrezas puede deberse a que son las que con mayor frecuencia utilizan las mujeres. Los hallazgos de la investigación de Galarza (1998), sustentan estos resultados, cuando observó que las primeras destrezas fueron las que más utilizaron las mujeres al negociar con su pareja. Este dato nos parece importante porque nos da pistas sobre en qué momento del proceso de la negociación debemos enfocar nuestras intervenciones. Resulta sensato pensar que en futuras intervenciones no debemos centrarnos en el inicio de la negociación, sino enfocarnos en destrezas más avanzadas que requieren procesos más complejos. Este dato sustenta las altas tasas de incidencia y prevalencia en las mujeres por VIH, debido a que con estas dos destrezas las mujeres no necesariamente logran evitar infectarse con el VIH/SIDA.

La deseabilidad social pudiese ser otro factor que mediara nuestros resultados. Los seres humanos sienten la necesidad de recibir aprobación social, como también, tienen la tendencia a responder de una manera socialmente aceptable (Brafford & Beck, 1991). En nuestro caso, además, pueden responder a lo que entendían que las investigadoras esperaban. Las mujeres al participar de un estudio de prevención de VIH/SIDA en la universidad, pudieron responder a los reactivos bajo el entendido que lo "correcto" es, negarse ante situaciones como "Negarle a su pareja practicar sexo anal sin protección". Para abordar el efecto de la deseabilidad social en las participantes algunos investigadores/as incorporan escalas que examinan esta variable. La más reconocida para dar cuenta de este efecto es la de Crowne y Marlowe (1960). Entendemos que añadir este instrumento a la administración de la EAE nos proveería de una mejor comprensión sobre el efecto de la deseabilidad social en las mujeres participantes.

Otra explicación para el dato de negarse a practicar ciertas conductas sexuales específicas, es una posible reacción de rechazo a la práctica sexual sugerida en los reactivos. Es interesante notar que ante los reactivos que sugerían negarse a la penetración anal y mamarle el pene sin protección a la pareja, las mujeres se percibían más autoeficaces. Sabemos que las mujeres universitarias, practican la penetración anal y el sexo oral sin condón aunque estas son prácticas poco preferidas (Rodríguez-Madera, García-Berríos & Serrano-García, 1999). Este resultado de percibirse autoeficaz al negarse a la penetración anal guarda relación con otros encontrados en una encuesta del estudiantado de la Universidad de Puerto Rico, en la cual el 56% de las mujeres que practicaban sexo anal señalaron que la razón principal era complacer a su pareja y no obtener placer (Cunningham & Rodríguez-Sánchez, 1991). Estas dos investigaciones reafirman, que muchas mujeres realizan prácticas sexuales que no prefieren. Por tanto, al ver reactivos que sugieren rechazar estos comportamientos, la deseabilidad social y el disgusto ante estas prácticas pudieron mediar su percepción de autoeficacia.

¿En cuáles destrezas de negociación se perciben las mujeres menos autoeficaces? Estas incluyeron: "identificar las razones que él da para no practicar sexo más seguro", y "rebatir argumentos de la pareja sin atacarla ", destrezas que son vitales cuando el hombre se resiste a la petición que le hace la mujer de protegerse. Estos hallazgos también coinciden con los resultados de Galarza (1998) cuyas participantes al negociar comportamientos de bajo riesgo con su pareja, nunca implantaron estas dos destrezas. En ambos estudios, las mujeres no implementaron

destrezas más complejas que se dan cuando el proceso de la negociación está más avanzado. Aparentemente éstas requieren un buen manejo emocional, buenas destrezas de comunicación (e.g. escuchar detenidamente), análisis de lo que la pareja indica y confianza en lo que se va a responder. La destreza de "rebatir los argumentos sin atacar" resulta difícil implementar en una sociedad que fomenta la violencia como estrategia en la solución de conflictos, o como alternativa para el manejo del sentimiento del coraje. El mantenerse firme y ecuánime requiere de la mujer un mayor esfuerzo en el manejo emocional (Noboa-Ortega, Hernández-Cartagena & Serrano-García, 2001). Por último, pensamos que la dificultad de implementar estas dos destrezas es reflejo de la relación asimétrica de poder en la cual se encuentran las mujeres a la que subyacen creencias y valores respecto a la sexualidad, por ejemplo, de "complacer" sexualmente o ser sumisa ante el compañero o pareja.

¿Qué obstáculos afectaron la percepción de autoeficacia en las mujeres? Como señalamos, los más importantes fueron las emociones de las mujeres, en particular la vergüenza, y el coraje. Estas se experimentan antes o durante la negociación sexual. Este hallazgo coincide con los estudios que indican que algunas emociones sirven como barreras durante la negociación sexual, dificultando el proceso de expresar y sostener el interés en protegerse (Feliciano-Torres, Badillo-Cordero & Serrano-García, 1997). Al no poder manejar las emociones efectivamente, se socava la percepción de autoeficacia. Estas emociones resultan difíciles de manejar porque nuestra sociedad no fomenta la expresión de algunas emociones como el coraje (Noboa-Ortega, et al., 2001). Por ejemplo, la manifestación del coraje en una mujer puede interpretarse de múltiples formas peyorativas como la debilidad y la histeria, y puede atentar contra los guiones y el comportamiento vinculados con la femineidad que define a las mujeres como tolerantes y sumisas.

¿Cuál obstáculo proveniente del hombre afectó mayormente la percepción de autoeficacia en las mujeres? El rechazo a su petición de protegerse. Enfrentar este obstáculo efectivamente requiere firmeza, poseer destrezas efectivas de manejo de conflictos y solución de problemas, poseer una autoestima saludable que les permita afrontar la reacción del hombre y no interpretarla como rechazo a su persona. Además, ante la negativa de su pareja resulta necesario, conocer los factores que inciden en la construcción de la sexualidad y la masculinidad y los comportamientos de bajo riesgo para poder sugerirlas. Conocer comportamientos de bajo riesgo, forma parte de una visión amplia de la sexualidad en la que la centralidad del acto sexual no es la penetración. Lo antes expuesto contrapone muchos de nuestros procesos de constitución como mujeres sexuales, cuyo énfasis es en las relaciones heterosexuales, y en las prácticas penetrativas (Noboa-Ortega, 2001). Las creencias normativas que comparten tanto hombres como mujeres, sugieren "guiones" a seguir sobre los encuentros sexuales románticos, en los que las mujeres asumen roles vinculados a complacer la petición de su pareja (Ortiz-Torres, 2003).

¿Cuáles comportamientos sexuales socavan la percepción de autoeficacia en las mujeres? Como señalé anteriormente, mamarle el pene y masturbarse. Por el contrario, ¿En cuáles comportamientos sexuales las mujeres se percibían autoeficaces? Más del 85% de las mujeres se percibía capaz de oponerse, negarse y explicarle los riesgos de la penetración anal a su pareja. Estos resultados muestran que los comportamientos sexuales que más difíciles les resultan practicar y que más debilitan la percepción de autoeficacia son los comportamientos no penetrativos. Como nos muestran otros estudios, las mujeres no utilizan las prácticas no penetrativas frecuentemente (García, Feliciano, Resto-Olivo & Serrano-García, 1996). Por tanto, como ya sabemos que la práctica de un comportamiento aumenta la autoeficacia, la falta de experiencia con comportamientos de bajo riesgo puede minar su percepción de capacidad (Ortiz-Torres, Rapkin, Mantell & Tross, 1995).

En nuestra investigación no se correlacionaron con la autoeficacia, los años de estudio, la percepción de riesgo del VIH, la percepción de exclusi-

vidad, ni el número de parejas. A diferencia de los hallazgos de Marín, et al. (1998) cuyos/as participantes generaron una correlación directa y positiva entre el nivel de educación y la percepción de autoeficacia, la ausencia de esta relación puede ser reflejo de que nuestra muestra era más homogénea, ya que todas las participantes eran estudiantes universitarias. Con relación a la educación quisiéramos comentar que nos parece que estos resultados apuntan a que más allá de la experiencia educativa lo que las mujeres necesitan son experiencias en el proceso de negociación del uso del condón. En una investigación realizada con mujeres, Ortiz-Torres (1995) encontró que el uso del condón se relacionaba positivamente con la autoeficacia, ya que mientras más lo utilizaban, más eficaces se percibían en su habilidad de utilizarlo en el futuro. Ya que, como hemos indicado la percepción de autoeficacia se construye a través de la experiencia con la tarea en particular, en nuestro caso es necesario que practiquen la negociación sexual.

Es interesante que la actividad sexual y la duración en la relación sí se correlacionaron con la autoeficacia. Nos parece que esto pudo deberse a (1) que el tiempo y las vivencias con una pareja permiten a la mujer conocerla, y sentirse más cómoda al expresar sus intereses y preocupaciones, y (2) que el tener experiencias sexuales le da más confianza en sus habilidades y por consiguiente impacta su percepción de capacidad. Resulta interesante también que a pesar de que estos elementos sustentan la inferencia de que la mujer tome acción para protegerse, los datos en investigaciones señalan que las parejas estables se protegen menos que las parejas casuales (Ekhrardt, Yingling, Zaqwadzki & Martínez-Ramírez, 1992; Flood, 2003; Ramos-Irrizary, Serrano-García, Hernández-Cartagena & Varas-Díaz, 1998). Nos parece que este hallazgo nos muestra la creencia normativa en las mujeres y en los hombres de que el matrimonio o una relación estable, los y las protege del VIH. Con este planteamiento no queremos minar ni socavar la historia de la relación de las mujeres que permite, en ocasiones, sentir confianza en su pareja. Esta aclaración la hacemos con la intención de evitar constituirnos en policías que vigilan o jueces que declaran quiénes o cuáles relaciones están en riesgo. Para la década de los ochenta algunos sectores de la academia criticaron ciertos esfuerzos de prevención que el Estado utilizó para prevenir el contagio del VIH. Algunas de estas intervenciones fueron: las pruebas de VIH mandatorias, notificación de seropositividad a la pareja, intervenciones que privilegiaban la monogamia sobre la diversidad de pareja, programas de prevención exclusivamente a poblaciones entendidas en "alto riesgo" (i.e homosexuales, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas) (Singer, 1993). Estos sectores interpretaban que dichas acciones tenían fines moralistas, no salubristas, y fomentaban la estigmatización de algunos grupos mediante su control y vigilancia.

En resumen, las mujeres expresaron sentirse más autoeficaces para "ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo", y "expresar reafirmación por el interés en protegerse". Esto puede deberse a su nivel educativo, la correspondencia de estas destrezas, con el inicio de la negociación, la deseabilidad social, y una reacción de rechazo a la práctica sexual anal sugerida en los reactivos. Las mujeres se percibieron menos autoeficaces al implementar destrezas más complejas, como "identificar las razones que él da para no practicar sexo más seguro", y "rebatir argumentos de la pareja sin atacarla ". Estas destrezas le requieren un buen manejo emocional, buenas destrezas de comunicación y sobre todo trascender las creencias y valores respecto a la sexualidad y a los guiones de género. Las prácticas sexuales que más socavan su percepción de autoeficacia son las prácticas no penetrativas porque éstas son las menos utilizadas por las mujeres debido a la construcción de su sexualidad. Finalmente, para los obstáculos provenientes de las mujeres y de los hombres que más socavan su percepción de autoeficacia señalamos cómo los "guiones" de género y de sexualidad median las manifestaciones de coraje en la mujer y obstaculizan el manejo del rechazo a su petición de protegerse.

RECOMENDACIONES: DESARROLLO DE INTERVENCIONES PARA FORTALECER LA AUTOEFICACIA

A partir de nuestra experiencia y resultados señalamos a continuación algunas recomendaciones dirigidas a los programas y proyectos de prevención del VIH/SIDA que incorporan un componente de trabajo con la autoeficacia en sus intervenciones. Aunque reconocemos que existen múltiples esfuerzos de prevención desde otras vertientes (Feliciano, 2003; Kalichman, Difronzo, Kyomugrsha, Sympson & Presser, 2001; León, 2001; Magaña, Ferreira-Pinto, Blair & Mata, 1992; Ortega, Ramos & Gallego, 1992; Parker, 2001) quisimos enfocar en recomendaciones para aquellos con marcos conceptuales similares al de este trabajo. Como la autoeficacia se desarrolla a través de experiencias exitosas se hace imprescindible promover intervenciones a poblaciones más jóvenes que propendan a su fortalecimiento. Por varias razones, estas experiencias les facilitarán sentimientos de comodidad con respecto a la sexualidad y asuntos relacionados a éstas, como la práctica de comportamientos sexuales no penetrativos. Estas intervenciones pueden ayudar a que las jóvenes en una edad temprana adopten y se sientan cómodas con su capacidad de dar y recibir placer e identifiquen y fortalezcan sus destrezas en el uso y el manejo del condón masculino y femenino. También pueden facilitar el desarrollo de destrezas vinculadas con la asertividad para que puedan ser firmes y sentirse cómodas al expresar sus deseos de protegerse. Finalmente, una de las razones de peso para dirigir estas intervenciones a la juventud, es que en los últimos años el CDC (2002) ha informado el aumento en casos de VIH por contacto sexual e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en jóvenes entre las edades de 13 a 19 años. De hecho, se ha estimado que la mitad de los nuevos casos de VIH en los Estados Unidos (esto incluye a Puerto Rico) se dan entre jóvenes menores de 25 años y que la mayoría es a través de contacto sexual (CDC, 2002). Lamentablemente, en estos momentos históricos el gobierno de los Estados Unidos nos impone una política represiva y moralista. Los programas de prevención dirigidos a la juventud promueven como única alternativa la abstinencia, a pesar de su probada inefectividad (Sbears, 2002). Sugerimos que las intervenciones fortalezcan la percepción de capacidad de las mujeres con respecto a las prácticas sexuales no penetrativas y el componente de manejo emocional.

A partir de la literatura revisada enmarcada en la TSC compartiremos a continuación distintos métodos que han mostrado ser efectivos para fortalecer la autoeficacia en las mujeres. Entre estos se encuentran: (1) la experiencia vivencial a través del juego de roles, la simulación o el teatro foro, (2) el modelamiento, y (3) la persuasión. La experiencia vivencial le permite a las mujeres: (a) entender su comportamiento, así como el de otras personas, (b) evaluarlo y ver lo que puede surgir en una situación específica; permitiéndole anticipar los obstáculos que podrían surgir al momento de negociar el uso del condón con sus parejas. Por último, (c) la simulación ayuda a producir cambios en los comportamientos de las mujeres porque a través de la misma desarrollan destrezas para trabajar mejor con las situaciones que se le presentan en la vida de pareja. En el caso del modelamiento, las facilitadoras sirven como modelos (e.g. negociar el uso del condón) y en el caso de la persuasión verbal las facilitadoras motivan y proveen retroalimentación sobre cómo las participantes pueden negociar el uso del condón u otras prácticas de bajo riesgo (Basen-Engquist, 1994). Nos parece importante aclarar que las facilitadoras no fungen como sujetos que señalan lo que se tiene que hacer, sino que a través de la intervención, facilitan un espacio de respeto y confianza, en el cual las mujeres participantes identifican sus recursos y poderes para tomar acción sobre su salud sexual. Sobre todo, en el diseño de la intervención se debe considerar el contexto específico de las mujeres, el lugar del cual parten y hacia dónde van al concluir dicha intervención.

Entre las actividades para fortalecer la autoeficacia de las mujeres, particularmente las destrezas de comunicación, tanto para hablar con

sus parejas como con amistades, se sugiere (Basen-Engquist, 1994) utilizar la técnica de juego de roles trabajando las siguientes áreas: (1) discutir comportamientos de bajo riesgo con un amigo que practica comportamientos de alto riesgo, (2) discutir comportamientos de bajo riesgo con una amiga cuando su pareja se resiste, (3) discutir comportamientos de bajo riesgo cuando la pareja se resiste y, (4) discutir comportamientos de bajo riesgo con una pareja considerada estable (de larga duración) cuando se sospecha que su pareja está siendo infiel.

Otros métodos utilizados para fortalecer la autoeficacia en las intervenciones son los ensayos cognitivos (Maibach & Flora, 1993; Meichenbaum, 1977). Estos consisten en permitirle a las participantes pensar sobre como manejarían "X" situación y desarrollar un plan de acción. Luego, las mujeres comparten sus ideas o planes de acción, evalúan los mismos analizando las razones por las cuales sus planes no son efectivos y generan soluciones a los problemas a través de una discusión en sub-grupos. Finalmente, para practicar y afinar los planes de acción, como también las destrezas, se recomienda utilizar la técnica de juego de roles (Levine, et al., 1993). Con este fin, las facilitadoras les presentan una situación la cual las mujeres tienen que enfrentar y manejar. Por ejemplo, que ellas y sus parejas van a tener una relación sexual (coital) y, en principio, no piensan utilizar el condón como método de protección. Se le hacen varias preguntas sobre qué harían, qué dirían, cómo reaccionarían sus parejas si ellas le sugieren que utilicen el condón, y cómo los convencerían para que lo utilicen. Este método supone que las mujeres al pasar por esta experiencia, de conocer, enfrentar, analizar y manejar previamente los obstáculos inherentes en el proceso de negociación y desarrollar un plan de acción, se prepararán mejor y así alcanzarán su meta.

Otra recomendación es integrar un componente de manejo emocional a las intervenciones con mujeres. Se desprende de la literatura que desarrollar en las mujeres destrezas de asertividad (componente esencial de las destrezas de negociación) facilita la expresión efectiva de emociones, como el coraje y la frustración. Esto puede minimizar en las mujeres los episodios de depresión, nerviosismo, y dolor de cabeza, consecuencias usualmente relacionadas al pobre manejo emocional. Como sabemos, las mujeres interpretan estos episodios como indicadores de poca eficacia, y como resultado la negociación sexual podría descartarse como alternativa de protección al contagio del VIH/SIDA. Por lo tanto, resulta necesario fortalecer las destrezas de manejo emocional, fortalecer el estado físico, reducir los niveles de estrés y reinterpretar estos estados del cuerpo, fortaleciendo así la autoeficacia en las mujeres.

Aunque la percepción de autoeficacia de inicio apunta a elementos cognitivos, los métodos que hemos sugerido para fortalecerla, incorporan el desarrollo de destrezas sociales y técnicas, como el juego de roles, el modelaje y la simulación. Nos parece que en la medida en que se desarrollan y fortalecen las destrezas sociales (auto-manejo y relaciones interpersonales) y técnicas (i.e. uso del condón) con el objetivo de manejar los posibles obstáculos inherentes al proceso de negociación, se fortalece la percepción de autoeficacia en las mujeres.

En este estudio utilizamos una escala de probada validez y confiabilidad (Noboa-Ortega, Serrano-García & Hernández-Cartagena, 2003) que puede fortalecer las intervenciones antes discutidas. Para que la EAE se utilice en otras investigaciones hacemos las siguientes recomendaciones. Con el propósito de tener un mayor entendimiento de la variable autoeficacia la EAE debe administrarse con los siguientes instrumentos: IDS (Instrumento de Datos Sociodemográficos) y un instrumento que examine los comportamientos sexuales que las mujeres practican, particularmente la utilización del condón masculino y las prácticas no penetrativas, comportamientos sexuales que evalúa la EAE. La incorporación de este componente ayudaría a tener más información sobre si las participantes utilizan el condón o las prácticas no penetrativas como estrategia de protección. Esto

a su vez, ayudaría a esclarecer las razones por las cuales las mujeres se pueden percibir autoeficaces o no y a validar la autoeficacia como variable mediadora para el cambio conductual. Antes de administrar la EAE se debe decidir a quién va a estar dirigida, si a mujeres con parejas estables o casuales y de acuerdo a ello, modificar sus reactivos. Para cada población se da una multiplicidad de factores que median el uso de prácticas de bajo riesgo y tomar esto en consideración nos ayuda a entender mejor el fenómeno que estamos estudiando. Por último, las mujeres participantes a las cuales se les administre la EAE deben haber tenido experiencias sexuales. De no ser así, muchas de ellas no podrían identificarse con la situación presentada. Por otro lado, como resultado de no haber practicado el comportamiento sexual, pueden sobreestimar sus capacidades (Ann O'Leary Comunicación personal, noviembre, 1999, Ann O'Leary,).

Con este estudio hemos fortalecido los conocimientos existentes sobre el rol de la autoeficacia de las mujeres durante la negociación sexual. Estos hallazgos pueden contribuir a enfocar y encaminar el trabajo preventivo con mujeres jóvenes heterosexuales y abona a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable.

REFERENCIAS

Acosta, E. (1999). What Puerto Rican women know about their bodies and its relation to sexuality? *Proceedings National Conference on Undergraduate Research*, 455-459.

Acosta-Pérez, E., Serrano-García, I. & Hernández-Cartagena, M. I. (2002). Conocimiento y placer en la sexualidad femenina: ¿Y qué de la educación sexual? *Revista de Pedagogía, 36*, 158-184.

Arauzo, S., Blanck, G. & Bermúdez, G. (1992). SIDA: Aportes conductuales para su prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología [Número monográfico: Psicología y SIDA], 24*, 169-176.

Arroyo-Carballo, L.E., Pacheco–Bou, W., Hernández-Cartagena, M., Torres-Burgos, N., Resto-Olivo, J., García, D., et al,. (1996). *Instrumento de datos sociodemográficos.* San Juan, PR: Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos.

Bandura, A. & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 287-308.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development, 6*, 1-60.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (pp. 89-116). Newbury Park, CA: Sage.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York, N.Y.: W.H. Freeman

Basen-Engquist, K. (1994). Evaluation of a theory-based HIV prevention intervention for college students. *AIDS Education and Prevention, 6,* 412-424.

Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24*, 35-56.

Brafford J.L. & Beck, H.K. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health ,39*, 219-225.

CDC. (1999). *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness.* Atlanta, Georgia: Autor.

CDC. (2002). *Informe de la epidemia del VIH/SIDA.* Accedido el 21 septiembre, 2002, de http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm

Crawford, J., Kippax, S. & Waldby, C. (1994). Women's sex talk and men's sex talk: Different worlds. *Feminism and Psychology, 4,* 571-587.

Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24,* 349-354.

Cunningham, I. & Rodríguez-Sánchez, M. (1991). *Bibliografía sobre los aspectos epidemiológicos, sociales, legales y éticos del SIDA.* San Juan, P.R.: Instituto de Estudios del Caribe.

Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología [Edición Especial: VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción], 35*, 25-40.

DiClemente, R. & Peterson, J. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum Press.

DiClemente J.R. & Wingood, G.M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1271-1276.

DiIorio, C., Maibach, E., O'Leary A., Sanderson C. & Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention , 1,* 1-11.

Ekhrardt, A.A., Yingling, S., Zawadzki, R. & Martínez-Ramírez, M. (1992). Prevention of heterosexual transmission of HIV: Barriers for women. *Aids Education and Prevention, 8,* 37-56.

Escabí-Montalvo, A., Serrano-García, I. & Pérez-Jiménez, D. (2002). Hombres heterosexuales y prevención de VIH/SIDA: ¿Qué dicen los proveedores y proveedoras de servicio? *Revista Iberoamericana de Psicología, 10* (3), 54-66.

Feliciano-Torres, Y. (2003). Programas comunitarios en la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Ciencias de la Conducta, 18,* 146-167.

Feliciano-Torres, Y., Badillo-Cordero, E. & Serrano-García, I. (1997 julio). *Las emociones relacionadas a la negociación del sexo seguro: Consideraciones para la prevención del VIH/SIDA.* Ponencia presentada en el XXVI Congreso Interamericano de Psicología, Sao Paulo, Brasil.

Fishbein, M. & Middlestadt, S. (1989). Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS related-behaviors. En V. Mays, G. Albee & S. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS* (pp. 93-110). Newbury Park, CA: Sage.

Flood, M. (2003). Lust, trust and latex: Why young heterosexual men do not use condoms. *Culture, Health & Sexuality, 5,* 353-369.

Freire, P. (1980). *Pedagogía del oprimido*. México, D. F. Siglo XXI.

Galarza, M. (1998). *La negociación sexual: Desarrollo preliminar de una escala y resultados en una muestra de mujeres puertorriqueñas.* Tesis de maestría. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Galarza, M. & Serrano-García I. (1997, julio). *Hacia la negociación del sexo más seguro: Barreras y recursos de un grupo de mujeres puertorriqueñas*. Ponencia presentada en el XXVI Congreso Interamericano de Psicología, Sao Paulo, Brasil

García, D., Feliciano, Y., Resto-Olivo J. & Serrano-García, I. (1996, agosto). *HIV/AIDS risk-of-infection index in a sample of Puerto Rican women*. Cartel presentado en la Convención Anual de la Asociación Americana de Psicología, Toronto, Canadá.

Gollwitzer, P. (1996) The volitional efects of planning. En P. Gollwitzer & L.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. (pp. 287-311) Londres, Inglaterra: Guilford.

Gómez, C. & Van Oss Marín, B. (1996). Gender, culture and power: Barriers to HIV prevention strategies for women. *The Journal of Sex Research, 33,* 355-362.

Hofboll , S. E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton., P. & Shepherd., J.B. (1992). Reducing inner-city women's AIDS risk activities: A study of single, pregnant women. *Health Psychology, 13,* 397-403.

Kalichman, S. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.

Kalichman, S., DiFronzo,K., Kyomugrsha, F., Sympson, D. & Presser, K. (2001). When briefer can be better: Single session approaches to HIV risk reduction interventions. *Revista Interamericana de Psicología, 35* (2), 41-58.

Kelly, J. A. (1982). *Social skills training: A practical guide for interventions.* Nueva York, N.Y: Springer

Kelly, J. A. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. Nueva York, N.Y: The Guilford Press.

Kelly, J.A., Murphy, D.A., Washington, C.D., Wilson, T.S., Koob, J. J., Davis, D.R., ledezma, G. & Davantes, B. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health, 84,* 1918-1922.

León, M. (2001). The development of HIV/AIDS policy and its implications for Latinas: Gender becomes destiny. *Revista Interamericana de Psicología, 35*(2), 93-113.

Levine, O. H., Britton, P.J., James, T.C., Jackson, P.A., Hobfoll, E.S. & Lavin, J.P. (1993). The empowerment of women: A key to HIV Prevention. *Journal of Community Psychology, 21,* 320-334.

Magaña, J., Ferreira-Pinto, J., Blair, M. & Mata, A. (1992). A pedagogy of consciousness raising for the prevention of HIV/AIDS. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24,* 97-108.

Maibach, E. & Flora, J. (1993). Symbolic modeling and cognitive rehearsal: Using video to promote AIDS prevention self-efficacy. *Communication Research, 20,* 517-545.

Maibach E. & Murphy D. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. *Health Education, Research, Theory and Practice, 10,* 37-50.

Mantell, J., DiVittis, A. & Auerbach, M. (1997). *Evaluating HIV prevention interventions.* Nueva York: Plenum.

Marín, B.V., Tschann M. J., Gómez C.A. & Gregorich, S. (1998). Self-efficacy to use condoms in unmarried latino adults. *American Journal of Community Psychology, 26,* 53-69.

Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* Nueva York: Plenum.

Nina-Estrella, R. (1997). *La comunicación en las negociaciones sexuales de la pareja heterosexual.* Documento inédito.

Noboa-Ortega, P. (2003). A nuestra imagen y semejanza… un virus con quien cohabito. Presentación oral en el curso de Epidemiología en el Programa de Adiestramiento e Investigación en VIH/SIDA. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P.R.

Noboa-Ortega, P. (2001). *Desarrollo de la Escala de Autoeficacia en la Negociación Sexual: Resultados en una muestra de mujeres puertorriqueñas.* Tesis de maestría., Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Noboa-Ortega, P., Hernández-Cartagena, M. & Serrano-García, I. (2001, julio). *Desarrollo de la escala de autoeficacia en la negociación sexual* . Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile.

Noboa-Ortega, P., Serrano-García, I. & Hernández-Cartagena, M. (2003). El desarrollo de la Escala de Autoeficacia para la Negociación Sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología, 11*(2), 93-104.

OCASET (1993). *Proyectos de prevención de organizaciones comunitarias.* Documento inédito.

Oficina de Estadística de Salud. (2005). *Estadísticas para el mes de octubre del 2005.* San Juan, PR: Autor.

OMS. (2000). *Global epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections* [versión electrónica]. Accedido el 2 de noviembre, de 2000 de: http://www.who.org.

Ortega,H., Ramos, R. & Gallegos, N. (1992) Diseño e implementación de un programa de prevención del SIDA con mujeres que ejercen la prostitución. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24*, 125-136.

Ortiz-Torres, B. (2003, abril). *La construcción de la feminidad, la masculinidad y el VIH/SIDA en el Caribe*. Ponencia presentada en el Segundo Foro de VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba.

Ortiz-Torres, B. (1995, junio). *Estrategias de prevención de VIH/SIDA entre mujeres: La interacción entre género, cultura y contexto social.* Ponencia presentada en el XXV Congreso Interamericano de Psicología, San Juan, Puerto Rico.

Ortiz-Torres, B., Rapkin, B., Mantell, J. & Tross, S. (1995, junio). *Mistaken assumptions about women*: *The case of culture* (WAI-2). Cartel presentado en la conferencia HIV Infection in Women: Setting a New Agenda, Washington, D.C.

Ortiz-Torres, B., Serrano-García I. & Torres-Burgos, N. (2000). Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology, 28*, 859-881.

Parga, J. (2002, octubre). *Teorías de cambio en comportamiento aplicadas a la prevención de la infección con el VIH/SIDA.* Ponencia presentada en el curso de Perspectiva Múltidisciplinarias de la Investigación de VIH/SIDA, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P.R .

Parker, R. (2001).Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies. *Revista Interamericana de Psicología [Edición Especial: VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción], 35*, 155-166.

Pérez-Jiménez, D. & Serrano-García, I. (2000). *Prevention of the sexual transmission of HIV/AIDS in heterosexual relationships: Exploring pertinent factors and preliminary development of an intervention.* propuesta presentada al National Institute of Mental Health (NIMH) Grant # 3 R24 MH49368-10S1.

Prochascka J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.

Ramos-Irizarry, L., Serrano-García, I., Hernández-Cartagena, M. & Varas-Díaz, N. (1998, agosto). *Relationship stability and the risk of HIV/AIDS among Puerto Rican women.* Ponencia presentada en Convención Anual de la Asociación Americana de Psicología, San Francisco, California.

Rodríguez-Madera, S., García-Berríos, R.E. & Serrano-García, I. (1999, julio). *Erotismo y prácticas sexuales de un grupo de mujeres jóvenes puertorriqueñas*. Ponencia presentada en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela.

Rosentock, I.M., Strecher, V. J., & Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behaviors change. En R. J. Diclemente & J. I. Peterson (Eds.), *Preventing and methods behavioral intervention* (pp. 5-23). Nueva York, N.Y.: Plenum Press.

Seal, D.W. & Ehrhardt, A. (2003). Masculinity and urban men: Perceived scripts for courtship, romantic, and sexual interactions with women. *Culture, Health & Sexuality, 5* 295-319.

Sbears, J. (2002). SIDA: Es también nuestro problema no el de otros. *DESIDAMOS, 2*(10), 10.

Serrano-García, I. (1993). *Empowerment and HIV/AIDS prevention among young heterosexual Puerto Rican women.* Propuesta financiada por NIMH # 2R24MH49368-04.

Serrano-García, I. (1994). *Empowerment and HIV/AIDS prevention among young heterosexual Puerto Rican women*. Propuesta financiada por NIMH # 2R24MH49368-05.

Serrano-García, I. & López-Sánchez, G. (1990). Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la Psicología Social-Comunitaria. *Revista de Ciencias Sociales, XXIX* (3-4), 349-384.

Serrano-García, I., Rodríguez-Madera, S. & Acosta-Pérez, E. (2003). *Del Río Grande a la Tierra del Fuego: Panorama de la transmisión sexual de VIH/SIDA*. Conferencia magistral presentada en el XXVIIII Congreso Interamericano de Psicología, Lima, Perú.

Serrano-García, I. Torres-Burgos, N., & Galarza, M. (2001). Las relaciones de poder y la prevención del VIH/SIDA: Una intervención/investigación entre mujeres puertorriqueñas. En F. Balcazar, M. Montero & J.R. Newbrough (Eds.), *Modelos de Psicología Comunitaria para la promoción de salud y la prevención de enfermedades en las Américas*. (pp. 111-124). Washington, DC: GPS & APA.

Singer, L. (1993). *Erotic welfare: Sexual theory and politics in the age of epidemic*. Nueva York, N.Y. : Routledge.

Somlai, A. M, Kelly, J. A., McAuliffe, T.L., Gudmundson, J.L., Murphy, D.A., Sikhema, K.L & Hackl, K.L. (1998). Role play assessments of sexual assertiveness skills: Relationships with HIV/AIDS sexual risk behavior practices. *AIDS and Behaviour, 2,* 319-328

Toro-Alfonso, J. (2002, noviembre). *Reducción de riesgo mediante teorías de cambio*. Ponencia presentada en el Programa de Adiestramiento en Investigación de VIH/SIDA (PAIVS), Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P.R.

Toro-Alfonso, J. & Serrano-García, I. (2003) (Eds.) Esfuerzos conjuntos hacia la innovación: El VIH/SIDA y las mujeres. [Edición Especial]. *Revista Ciencias de la Conducta, 18* (1), 25-56.

Torres-Maldonado, K. & Díaz-Loving, R. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En R. Díaz-Loving & K. Torres-Maldonado (Coord.), *Juventud y SIDA: Una visión psico-social* (pp. 161-180). México, D.F., México: Porrua-UNAM.

UNAIDS. (2002). *Informe global de la epidemia del VIH/SIDA Junio del 2002.* Ginebra, Suiza: Autor

Wiley, J. & Sonds, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of Psychology, 2,* 368-369.

Recepción: abril de 2004

Aceptación final: junio de 2005