

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Apoyo social y comportamientos de prevención del VIH entre adolescentes en Indonesia

Social support and HIV prevention behavior among adolescents in Indonesia

Irma Darmawati. Faculty of Sports and Health Education, Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung, Indonesia

Email: irmadarmawati@upi.edu, <https://orcid.org/0000-0002-2097-4457>

Ridhwansyah. Rumah Sakit Hasan Sadikin, Bandung, Indonesia

Email: ridhwansyahmazhar@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-5591-419X>

Linlin Lindayani. Department of Nursing, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan PPNI Jawa Barat, Bandung, Indonesia

Email: linlinlindayani@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1569-4098>

Chong Chin Che. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia

Email: chechongchin@um.edu.my, <https://orcid.org/0000-0001-6564-8770>

Tang Li Yoong. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia

Email: liliantang@um.edu.my, <https://orcid.org/0000-0001-9460-4208>

Recibido: 29 de mayo de 2025.

Aceptado: 2 de diciembre de 2025.

Conflictos de intereses: Ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i2.2026.2175>

Resumen

Las y los adolescentes son susceptibles a la transmisión del VIH. Su incidencia entre adolescentes y adultos jóvenes en Indonesia está en aumento, lo que subraya la importancia de comprender los factores que influyen en el comportamiento de su prevención en estos grupos de edad, siendo el apoyo social un factor significativo a considerar. **Objetivo.** Investigar la correlación entre el apoyo social y el comportamiento de prevención del VIH entre adolescentes. **Métodos.** Este estudio fue analítico correlacional cuantitativo que utilizó un diseño transversal. Participaron un total de 610 estudiantes de escuelas secundarias vocacionales en Bandung, Indonesia. Los datos se recopilaron utilizando las versiones para familiares y amigos de la Escala de apoyo social percibido (PSSfa y PSSfr) y el Cuestionario de Abstinencia y Evitación de Situaciones de Alto Riesgo en el comportamiento sexual (SBAHAQ). Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva. Las relaciones entre las variables se analizaron utilizando la prueba de correlación de Spearman, seguida de un análisis de regresión lineal simple. **Resultados.** Las puntuaciones de apoyo social y el comportamiento de prevención se asociaron positiva y débilmente ($r = 0.288$, $p < 0.0001$). El valor medio del apoyo social de la familia fue de 11.87 (DE = 3.83) y el apoyo social de los pares fue de 11.64 (DE = 4.22). Los valores medios del comportamiento de su prevención 14.51 (DE = 3.14) para el dominio de autoeficacia, 11.69 (DE = 3.04) para la intención de comportamiento y 22.40 (DE = 4.69; rango 0-30) para el beneficio percibido. **Conclusión.** Los profesionales de la salud deben desarrollar intervenciones educativas basadas en la evidencia específicamente adaptadas a las necesidades de las y los adolescentes e incorporar educación en habilidades para la vida. Este enfoque tiene como objetivo mejorar los comportamientos de prevención del VIH entre los adolescentes utilizando un marco de apoyo entre pares.

Palabras clave: Adolescentes; Conductas de prevención del VIH; Apoyo social.

Abstract

Adolescents are susceptible to HIV transmission. The incidence of HIV among teenagers and young adults in Indonesia is on the rise, underscoring the importance of understanding the factors that influence HIV prevention behavior in adolescents, with social support being a significant factor to consider. **Objective.** This study aimed to investigate the correlation between social support and HIV prevention behavior among adolescents. **Methods.** This study was a quantitative correlational analytic study using a cross-sectional design. A total of 610 students from vocational high schools in Bandung, Indonesia, participated in this study. Data were collected using the family and friend versions of the Perceived Social Support Scale (PSSfa and PSSfr) and the Sexual Behavioral Abstinence and Avoidance of High-Risk Situations Questionnaire (SBAHAQ). Descriptive data were analyzed using descriptive statistics. Relationships between variables were analyzed using Spearman's correlation test, followed by simple linear regression analysis. **Results.** Social support and HIV prevention behavior scores were positively and weakly associated ($r = 0.288$, $p < 0.0001$). The mean value of social support from family was 11.87 (SD = 3.83), and social support from peers was 11.64 (SD = 4.22). The mean values of HIV prevention behavior were 14.51 (SD = 3.14) for the self-efficacy domain, 11.69 (SD = 3.04) for behavioral intention, and 22.40 (SD = 4.69; range 0–30) for perceived benefit. **Conclusion.** Healthcare professionals should develop evidence-based educational interventions specifically tailored to the needs of adolescents and incorporating life skills education. This approach aims to enhance HIV prevention behaviors among adolescents using a peer-support framework.

Keywords: Adolescents; HIV prevention behavior; Social support.

Introducción

A medida que las y los adolescentes se convierten en adultos, su entorno emocional y social experimenta cambios significativos. Un factor que influye en estos cambios es la necesidad de satisfacción sexual.¹ El creciente número de casos de VIH entre adolescentes plantea una gran preocupación, especialmente considerando que representan la próxima generación de jóvenes del país. La UNESCO destaca la prevención como la principal estrategia para combatir al VIH/SIDA, lo que hace de su prevención entre adolescentes un área crucial de enfoque, en particular, considerando el creciente número de comportamientos adolescentes que aumentan la susceptibilidad a la infección.² Las y los adolescentes contemporáneos a menudo exhiben conductas atípicas relacionadas con la sexualidad y el abuso de sustancias, lo que puede aumentar significativamente su vulnerabilidad a la infección.³

Datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) muestran que son el grupo de edad más vulnerable. La mayoría de las nuevas infecciones se producen entre los 15 y los 24 años, y más de 67 adolescentes se infectan cada minuto en África subsahariana.^{4,5} En 2021, las y los de 13 a 19 años y los adultos jóvenes de 20 a 24 constituyeron 19% de los 36,189 nuevos diagnósticos de VIH en los Estados Unidos y sus áreas dependientes.^{6, 7} En Indonesia, estas infecciones han aumentado anualmente 13.1% entre los 15 a 19 años y 11.8% entre los 20 a 24.^{8,9} Estas tendencias alarmantes enfatizan la importancia crítica de mejorar la educación, aumentar la concientización y fortalecer los sistemas de apoyo social para promover comportamientos eficaces de prevención en estos grupos de edad, reduciendo así su impacto en estos sectores de alto riesgo.

Las adolescencias reciben con frecuencia información engañosa sobre sexo por parte de sus colegas, los medios de comunicación o fuentes poco fiables, que contradicen principios morales y éticos establecidos.¹⁰ En consecuencia, esta desinformación puede provocarles problemas sexuales, incluido un mayor riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Por lo tanto, un componente esencial de su prevención se centra en estos grupos objetivo específicos.⁸

En Indonesia, todo esfuerzo por brindar asistencia debe considerar las creencias religiosas, las normas culturales y las prácticas tradicionales de la población local. La cultura indonesia permanece en gran medida cerrada a las discusiones sobre temas delicados; todo lo relacionado con el sexo aún se considera tabú, incluyendo hablar, proporcionar información y educar a las personas sobre el tema.^{11,12} El creciente número de casos en el país se debe, en parte, a esta falta de información, que afecta el comportamiento de su prevención.¹³ En algunos casos, aunque el desarrollo cognitivo durante estas etapas de la vida puede ser adecuado, los factores ambientales, especialmente, la influencia de pares, moldean fuertemente dicho comportamiento.

Las adolescencias indonesias tienen un bajo nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA (48.90%) y una actitud deficiente hacia su prevención (32.87%),¹⁴ lo que contribuye a bajos niveles de comportamiento de prevención. Las investigaciones han demostrado que 24.03% tienen malas relaciones con sus compañeros, lo que también puede influir en su comportamiento de prevención.¹⁵ Para quienes tienen compañeros que no apoyan los comportamientos de prevención hay 3.68 veces más probabilidades de participar en conductas de riesgo.¹⁵ El apoyo social entre pares se define como la asistencia, la atención y el consuelo que se obtiene de las y los compañeros.¹⁶

El apoyo social es un factor sociocultural importante en las estrategias de prevención porque puede influir en los comportamientos individuales y en las normas comunitarias con respecto a las pruebas de VIH, el uso del condón y otras medidas preventivas.^{17,18} Numerosos estudios han documentado el impacto positivo del apoyo de la familia, los pares y las redes comunitarias, precisamente en la promoción de comportamientos preventivos en estos grupos de edad. Han demostrado también que las y los que perciben un mayor apoyo social de sus pares tienen más probabilidades de tener prácticas sexuales más seguras, someterse a la prueba de detección y acceder a servicios para su tratamiento y atención.¹⁹ Un estudio de las adolescencias en Irán encontró que el apoyo social, junto con el funcionamiento familiar y la autoeficacia, podrían predecir la participación en comportamientos de riesgo relacionados.²⁰ Por lo tanto, comprender el papel de dicho apoyo social en la prevención del VIH es fundamental para diseñar e implementar

intervenciones integrales basadas en la evidencia, en particular, para las poblaciones adolescentes vulnerables.¹⁹

El impacto de tal apoyo social varía entre poblaciones y puede verse influenciado por las fuentes y funciones específicas del mismo.²¹ Sin embargo, ha habido relativamente poca investigación sobre la relación entre dicho apoyo social y los comportamientos de prevención en estos grupos en Indonesia. Las y los adolescentes son especialmente vulnerables a la transmisión debido al acceso limitado a información y educación sobre su prevención. No obstante, se necesita un estudio más profundo para determinar hasta qué punto ese apoyo social afecta el comportamiento de prevención entre adolescentes. Comprender esta relación respaldará el desarrollo de programas más efectivos para aumentar la conciencia y la prevención, lo que ayudará a reducir las tasas de transmisión. En consecuencia, este estudio tiene como objetivo abordar esta brecha de conocimiento investigando la relación entre el apoyo social y los comportamientos de prevención en adolescentes en Indonesia.

Material y métodos

Diseño del estudio y muestra

Se empleó un diseño cuantitativo con un enfoque transversal. Se examinó la asociación entre las conductas de prevención y el apoyo social mediante un diseño descriptivo correlacional. La muestra consistió en 610 estudiantes de secundaria de Bandung, Indonesia. Su tamaño se calculó con el *software G-Power*, versión 3.1.9.4, aplicando la prueba exacta asumiendo $\alpha = 0.05$.²² El tamaño mínimo de muestra requerido fue de 555 participantes, con 10% adicional para compensar la deserción. Se empleó un muestreo aleatorio simple mediante un método de lotería basado en listas de clases.

Instrumento

Apoyo social

El apoyo social se midió mediante la Escala de Apoyo Social Percibido (PSS), desarrollada por Procidano y Hellen 1983.²³ Este instrumento consta de dos subescalas: PSS-Fa, que mide el apoyo percibido de la familia, y PSS-Fr, que evalúa el apoyo percibido de las y los amigos. La

escala está diseñada para capturar las percepciones de las personas sobre el grado en que sus redes sociales satisfacen sus necesidades de apoyo emocional, información y retroalimentación. Las y los encuestados califican cada reactivo utilizando una escala de tres puntos (sí, no, inseguro), y la puntuación total varía de 0 a 20, donde las puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido.

Las subescalas PSS-Fr y PSS-Fa han demostrado una alta consistencia interna, con valores alfa de Cronbach que oscilan entre 0.88 y 0.90 en estudios de validación previos. Los instrumentos también mostraron una alta fiabilidad *test-retest* en un intervalo de dos a cuatro semanas, con coeficientes de correlación de 0.83 para la subescala de apoyo de amigos y de 0.90 para la subescala de apoyo familiar.²³

Comportamiento de prevención del VIH

El Cuestionario de Abstinencia Conductual Sexual y Evitación de Situaciones de Alto Riesgo (SBAHAQ) es un instrumento de autoinforme desarrollado para evaluar comportamientos relacionados con la abstinencia sexual y la evitación de situaciones de riesgo, particularmente en el contexto de la prevención del VIH/SIDA. Consta de 14 ítems, incluyendo cuatro que evalúan la autoeficacia, seis que evalúan los beneficios percibidos y cuatro que miden las intenciones conductuales. Las respuestas se califican en una escala Likert de seis puntos que va de 0 a 5, lo que arroja una puntuación total posible entre 0 y 70. Las

puntuaciones más altas indican una mayor autoeficacia, beneficios percibidos más favorables y una mayor intención conductual con respecto a la abstinencia sexual y la evitación de riesgos. La validez de contenido del instrumento fue respaldada por un índice de validez de contenido (CVR) de 0.85, lo que indica un alto grado de relevancia e idoneidad de los reactivos para medir el constructo previsto.²⁴ La fiabilidad del SBAHAQ se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó valores de 0.85 para la subescala de autoeficacia, 0.87 para la de beneficios percibidos y 0.77 para la de intenciones de comportamiento. La consistencia interna general del instrumento fue alta, con un alfa de Cronbach total de 0.8324.

Análisis de datos

Para examinar la relación entre el apoyo social y las conductas de prevención del VIH entre adolescentes, se realizaron análisis descriptivos y correlacionales. Dado que los datos de ambas variables no cumplían el supuesto de normalidad, se utilizó la correlación de orden de rango de Spearman. Además, se realizó un análisis de regresión lineal simple para explorar la relación predictiva entre las variables. Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS, versión 22, bajo un acuerdo de licencia.

Consideración ética

La aprobación ética para esta investigación fue otorgada por la Junta de Revisión Institucional de Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan PPNI Jawa Barat (Número de aprobación: III/154/KEPK/STIKep/PPNI/Jabar/III/2020).

Resultados

Características de los encuestados

El Cuadro 1 resume la distribución de las y los encuestados, las puntuaciones para el apoyo social

y el comportamiento de prevención del VIH. La mayoría (82.3%) tenía de 14 a 16 años, vivían con ambos padres (91.5%), más de la mitad habían faltado a la escuela ocasionalmente (55.6%). El valor medio del apoyo social de la familia fue de 11.87 (DE = 3.83; rango 0-20), mientras que el valor medio del apoyo social de las y los compañeros de 11.64 (DE = 4.22; rango 0-20). El valor medio del comportamiento de prevención de VIH para el dominio de autoeficacia fue de 14.51 (DE = 3.14; rango 0-20), para el dominio de intención conductual de 11.69 (DE = 3.04; rango 0-20) y para el dominio de beneficio percibido de 22.40 (DE = 4.69; rango 0-30).

En todos los dominios, las puntuaciones en apoyo social y conductas de prevención fueron más altas entre las chicas que entre ellos. Las puntuaciones fueron moderadas, tanto en el dominio de apoyo social como en el dominio de intención conductual de la conducta de prevención de la infección, y altas en los dominios de autoeficacia y beneficio percibido. Entre 17 a 19 años se mostraron puntuaciones más altas en todos los dominios, excepto en el beneficio percibido, en comparación con el rango de 14 a 16 años.

Cuadro 1. Distribución de las y los encuestados, puntuación de apoyo social y comportamiento de prevención de VIH (n=610)

Característica	n(%)	Apoyo social		Comportamiento de prevención del VIH		
		Familia	Amigos	Autoeficacia	Intención de comportamiento	Beneficio percibido
		Media (DE) (mín.-máx.: 0-20)		Media (DE) (mín.-máx.: 0-20; 0-20; 0-30)		
Género						
Chico	502 (82.3)	11.82(3.94)	11.60(4.09)	14.38(3.26)	11.59(3.15)	22.47(4.82)
Chica	108 (17.7)	12.07(3.27)	11.84(4.53)	15.11(2.46)	12.28(2.40)	23.12(3.98)
Edad del encuestado						
14-16	506 (83)	11.76(3.82)	11.33(4.31)	14.49(3.06)	11.43(2.96)	22.44(4.63)
17-19	104 (17)	12.67(3.83)	13.15(3.80)	14.61(3.51)	13.00(3.09)	22.22(5.00)
Estado de vida						
Con ambos padres	558 (91.5)	11.98(3.83)	11.65(4.25)	14.53(3.12)	11.70(3.07)	22.43(4.67)
Con padre solteros	44 (7.2)	11.11(3.42)	12.11(3.42)	14.63(2.98)	11.90(2.19)	22.65(4.36)
Con otros	8 (1.3)	8.00(4.17)	8.5(3.42)	12.50(4.98)	10.00(4.27)	19.00(7.92)
Hábitos de saltarse clases						
Asistencia regular	271 (44.4)	11.89(3.90)	11.76(4.19)	14.61(3.16)	11.73(2.94)	22.88(4.29)
Propenso al ausentismo escolar	339 (55.6)	11.85(3.78)	11.55(4.25)	14.43(3.12)	11.66(3.12)	22.02(4.96)
Media general (DE)		11.87(3.83)	11.64(4.22)	14.51(3.14)	11.69(3.04)	22.40(4.69)

Fuente: los cuadros fueron elaborados con los datos del proyecto.

Relación entre el apoyo social y la conducta de prevención

Cuadro 2. Asociación entre el apoyo social y la conducta de prevención de VIH (n=610)

		Comportamiento de prevención del VIH			
		B (SE)	R	R ²	valor p
Apoyo social		42.21 (1.00) 2.92 (0.40)	0.288	0.083	0.000
Familia		0.147 (0.102)			0.152
Amigos		0.422 (0.093)			0.000

Quiénes vivían con otras personas obtuvieron las puntuaciones más bajas en todos los dominios, en comparación con quienes lo hacían con ambos padres o con uno solo. La asistencia a clase también mostró diferencias en todos los dominios, observándose puntuaciones más altas entre quienes asistían a clase regularmente, que entre quienes faltaban a clase con frecuencia. Al igual que en otras comparaciones, las puntuaciones fueron moderadas en los dominios de apoyo social e intención conductual y altas en los de autoeficacia y beneficio percibido.

El Cuadro 2 presenta los resultados del análisis de correlación para las variables continuas. Se encontró una relación significativa entre el apoyo social y la conducta de prevención del VIH ($p < .0001$). El valor de significancia para el apoyo social de los amigos (0.000) fue menor que el de la familia (0.152), lo que indica una asociación más fuerte con el apoyo de los pares. El coeficiente de correlación fue de 0.288, lo que indica una relación débil entre las dos variables. Los resultados también demuestran una dirección positiva de la asociación: un mayor apoyo social se asocia con una mayor conducta de prevención del VIH. El apoyo social explicó el 8.3% de la varianza en la conducta de prevención del VIH. El término constante para la conducta de prevención del VIH fue de 42.21, con un coeficiente de regresión de 0.292, lo que indica que por cada aumento de una unidad en el apoyo social, la conducta de prevención del VIH aumentó en 0.292.

Discusión

Este estudio fue el primero en investigar la relación entre el apoyo social y el comportamiento de prevención del VIH entre la adolescencia indonesia, se llevó a cabo en la provincia de Java Occidental. Nuestros hallazgos revelaron una correlación positiva significativa entre estas variables: quiénes reciben mayor apoyo social tienen más probabilidades de participar en iniciativas integrales de prevención. Además, estudios anteriores han demostrado una relación favorable entre un mayor apoyo social percibido y varios comportamientos de salud, como discutir el estado serológico del VIH, participar en asesoramiento y pruebas voluntarias y adoptar estrategias conductuales de reducción del riesgo de VIH.²⁵ El apoyo social promueve comportamientos protectivos de salud a través de varios mecanismos, que incluyen: brindar información y asistencia práctica, modelar comportamientos positivos, ofrecer aliento y ayudar a las personas a lograr objetivos relacionados con su salud.²⁶ El apoyo social afirmativo también puede fortalecer los valores personales al reforzar la importancia de participar en comportamientos proactivos y conscientes de la salud en el futuro.²⁷

Nuestros resultados indican que el apoyo social fue mayor entre las chicas que entre ellos y se correlacionó positivamente con las conductas de prevención. Estas adolescencias recibieron niveles moderados de apoyo social, tanto de la familia como de las y los compañeros. Tienden a tener redes de apoyo social más amplias y perciben el

apoyo de la familia y las y los amigos como más positivo que los chicos. Investigaciones previas han demostrado que las personas con un mayor apoyo social, tanto en cantidad como en calidad, presentan un menor riesgo de diversos problemas de salud,²⁸ lo que sugiere que un fuerte apoyo social aumenta la conciencia de los comportamientos de riesgo que impactan la salud.

Con respecto al comportamiento de prevención del VIH, las puntuaciones más altas entre las adolescentes se observaron en los componentes de autoeficacia y beneficio percibido. La autoeficacia refleja la confianza en el control de la motivación, el comportamiento y el entorno social.²⁹ En el contexto de la prevención del VIH, las niñas demostraron una alta autoeficacia, incluida la confianza en abstenerse de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, evitar comportamientos de riesgo, incluso cuando surgen oportunidades, evitar situaciones de riesgo y rechazar sugerencias arriesgadas de sus compañeros u otros.²⁴ El beneficio percibido se refiere a la creencia de un individuo en la eficacia de las medidas de prevención del VIH recomendadas.³⁰ Según nuestro análisis, las niñas creen que la abstinencia sexual las protege del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La mayoría vive con sus padres, un arreglo de vida que juega un papel importante en el desarrollo adolescente. Este estudio indica que quienes no viven con sus padres tienen niveles más bajos de apoyo social y participan menos en conductas de prevención del VIH. Durante la adolescencia, las necesidades psicológicas evolucionan, pasando de la dependencia de los padres a una mayor necesidad de conexión con los pares. Los resultados de este estudio sugieren que el apoyo social de los pares tiene una mayor influencia en la conducta de prevención del VIH que el apoyo familiar. Este hallazgo implica que el inicio de la adolescencia marca un punto de inflexión en el que el apoyo de los pares se vuelve más prominente y puede superar al apoyo familiar, a medida que se vuelven más independientes y orientados a los pares.³¹ Por lo tanto, el apoyo social de los pares surge como un determinante crucial de las conductas de prevención del VIH y la adopción de intervenciones contra el VIH, particularmente

durante el período de desarrollo adolescente.³² En consecuencia, aprovechar el apoyo social de los pares debe ser una consideración importante en el diseño de programas eficaces de prevención del VIH.

Este estudio de apoyo social entre adolescentes es consistente con la Teoría Cognitiva Social (SCT) desarrollada por Albert Bandura.³³ SCT, como se aplica a la prevención del VIH, enfatiza la interacción dinámica y recíproca entre factores personales (como el conocimiento del VIH, el uso de sustancias y la autoeficacia de abstinencia), factores conductuales (como las pruebas del VIH) y factores ambientales (como el apoyo social).^{34,35} SCT reconoce el papel fundamental del apoyo social en la formación de la autoeficacia y la motivación para participar en comportamientos protectores. La autoeficacia se refiere a la creencia de un individuo en su capacidad para realizar comportamientos que conducen a los resultados deseados. Según esta teoría, el apoyo social puede fortalecer la autoeficacia adolescente para participar en comportamientos de prevención del VIH, como el uso constante del condón y la negociación de prácticas sexuales más seguras. Al mejorar la autoeficacia, el apoyo social sirve como un catalizador crítico para que los adolescentes adopten y mantengan comportamientos de salud protectores en el contexto de la prevención del VIH.³³

El comportamiento de prevención del VIH en este estudio fue moderado en el dominio de intención conductual y alto en los dominios de autoeficacia y beneficio percibido. La autoeficacia se refiere a la confianza en la propia capacidad para realizar un comportamiento, el beneficio percibido se refiere a las creencias sobre las ventajas de realizar un comportamiento y la intención conductual se refiere a la intención o el deseo de realizar un comportamiento.²⁴ La autoeficacia de las adolescencias es esencial para la formación de intenciones conductuales positivas y, en última instancia, la adopción de comportamientos saludables. La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) enfatiza el papel de la autoeficacia en la predicción de la intención conductual y el comportamiento real en los adolescentes.³⁶ La TCP postula que las intenciones conductuales son factores motivacionales que

influyen en el comportamiento: cuanto más fuerte es la intención de un individuo de participar en un comportamiento, más probable es que se realice. Esta intención está influenciada por varios predictores, incluidas las actitudes hacia el comportamiento, que están moldeadas por la autoeficacia, el beneficio percibido y las normas subjetivas.³⁶

El cambio de comportamiento también está determinado por las normas sociales, que desempeñan un papel importante al influir en el comportamiento individual. En Indonesia, el estigma y la discriminación persistentes contra las personas que viven con el VIH/SIDA pueden obstaculizar el acceso de las adolescencias a la información y a los servicios de prevención del VIH.³⁷ Ellas y ellos pueden temer el rechazo social si revelan su comportamiento sexual o buscan servicios de salud sexual.³⁸ Además, las normas de género que colocan a las mujeres en posiciones subordinadas pueden limitar su capacidad para negociar el uso del condón o rechazar encuentros sexuales de riesgo, lo que aumenta su vulnerabilidad a la transmisión del VIH.³⁷ La tendencia cultural en Indonesia a evitar hablar de sexualidad restringe aún más su acceso a información y educación adecuadas sobre la prevención. Como resultado, pueden sentir incomodidad al hablar de temas de salud sexual y reproductiva con sus padres o maestros.³⁸ Por lo tanto, se requieren esfuerzos comunitarios integrales que involucren al gobierno, al sector salud, a las instituciones educativas y a la sociedad, para abordar las normas sociales y culturales dañinas y ampliar el acceso de las y los adolescentes a información y servicios de prevención del VIH amigables y no discriminatorios.

Las intervenciones dirigidas a fortalecer la autoeficacia y los beneficios percibidos son esenciales y pueden promover eficazmente la intención conductual y la adopción de conductas saludables. El apoyo social entre pares debe incorporarse en las estrategias para mejorar dichas conductas de prevención. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la mejora del apoyo social y su promoción. Se deben evaluar las fuentes de apoyo disponibles, los tipos de apoyo requeridos (emocional, informativo e

instrumental) y las barreras que enfrentan. Las iniciativas de cambio de comportamiento deben abordar los factores ambientales, personales y conductuales, de acuerdo con la Teoría Cognitiva Social (TCS), incorporando también la autoeficacia, las normas subjetivas y el control conductual percibido, como se describe en la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP). El personal de enfermería comunitario puede implementar programas de apoyo entre pares y utilizar tecnologías digitales,^{39,40} promover la colaboración intersectorial y brindar educación sobre habilidades de vida para fortalecer los comportamientos de prevención del VIH entre las y los adolescentes.

Las investigaciones futuras realizadas por enfermeras comunitarias deberán explorar factores adicionales que influyen en dichos más allá del apoyo social. En este estudio, el apoyo social representó aproximadamente 8% de la varianza en el comportamiento de prevención, aunque la asociación general fue débil. Por lo tanto, se necesitan análisis más profundos, que incorporen constructos adicionales de SCT y TCP. Además, la relación entre el apoyo social y los comportamientos de prevención del VIH puede diferir según los contextos y tipos de redes sociales. Esta asociación no siempre es directa, en particular, entre grupos de alto riesgo, como las adolescencias, personas que usan drogas y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).^{21,25} La medición específica del contexto del apoyo social parece ser fundamental para determinar su influencia en la prevención del VIH. Las investigaciones futuras deberían identificar determinantes más complejos del comportamiento de prevención del VIH y desarrollar intervenciones específicas para fortalecer los comportamientos protectores entre los adolescentes.

Conclusión

El estudio actual ha demostrado que el apoyo social está estadísticamente relacionado con el comportamiento preventivo contra el VIH entre adolescentes. El apoyo social de los compañeros es más frecuente que el de los padres. Si bien la autoeficacia y el beneficio percibido muestran valores altos, es necesario mejorar el dominio de la intención conductual. Las y los profesionales de la

salud deben desarrollar intervenciones educativas basadas en la evidencia, adaptadas a las necesidades específicas de los adolescentes, que incorporen la educación en habilidades para la vida para mejorar la conducta de prevención contra el VIH. Un enfoque de intervención que promueva y se base en el apoyo social de los pares para promover eficazmente conductas preventivas es altamente deseable.

Reconocimientos.

Agradecemos a nuestros colegas que participaron y contribuyeron a este estudio. Este artículo recibió el apoyo de la Universidad Pendidikan en Indonesia en el marco de su iniciativa internacional de escritura colaborativa.

Conflicto de intereses. No existe ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Hegde A, Chandran S, Pattnaik JI. Comprensión de la sexualidad adolescente: Una perspectiva del desarrollo. *Revista de salud psicosexual*. 2022;4(4):237-42. <https://doi.org/10.1177/26318318221107598>
2. Vasilenko SA. Comportamiento sexual y salud desde la adolescencia hasta la edad adulta: Ejemplos ilustrativos de 25 años de investigación en salud sexual. *Revista de Salud Adolescente*. 2022 ;71 (6):S24-31. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.014>
3. Cary KM, Reese-Weber M. Preparando el escenario para la sexualidad en la adultez emergente. *Sexualidad en la adultez emergente*. 2021;23. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190057008.003.0003>
4. Calabrese S, Perkins M, Lee S, Allison S, Brown G, Jean- Philippe P, et al. Investigación en adolescentes y adultos jóvenes en los procesos continuos de prevención y atención del VIH: un análisis de programa internacional y una revisión específica. *J Int AIDS Soc*. 2023 ;26 (3):e26065. <https://doi.org/10.1002/jia2.26065>
5. Ferguson J, Mathur S, Armstrong A. Evaluación de la vulnerabilidad y los riesgos de las adolescentes y mujeres jóvenes en África Oriental y Meridional: una revisión preliminar de las herramientas utilizadas. *Trop Med Infect Dis*. 2021;6(3):133. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6030133>
6. NIH. VIH y adolescentes y adultos jóvenes. <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hiv-and-adolescents-and-young-adults>. 2024 .
7. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud. Pruebas del VIH y jóvenes. https://www.cdc.gov/healthyyouth/youth_hiv/hiv-information-and-youth.htm. 2024.
8. Johnston LG, Soe P, Widiastuti AS, Camellia A, Putri TA, Rakhmat FF, et al. Prevalencia alarmantemente alta del VIH entre adolescentes y hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH) en zonas urbanas de Indonesia. *AIDS Behav*. 2021;25(11):3687-94. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03347-0>
9. UNICEF. VIH en poblaciones clave de adolescentes y jóvenes (de 15 a 19 años y de 20 a 24 años) en Indonesia. Yakarta, 2018.
10. Tiranda M, Setiyawati N, Rahmawati A. Actitud de los adolescentes hacia la prevención del VIH/SIDA en Yogyakarta. *Kesmas: Revista Nacional de Salud Pública*. 2018;13(2). <https://doi.org/10.21109/kesmas.v13i2.1672>
11. Fransiska Felicia. Pendidikan Seks Tabu, Masa Depan Kelabu. <https://genta.petra.ac.id/pendidikan-seks-tabu-masa-depan-kelabu/>. 2024.
12. Pakasi DT, Kartikawati R. Entre necesidades y tabúes: Educación en sexualidad y salud reproductiva para estudiantes de secundaria. *Revista Makara de Investigación en Salud*. 2013;17(2):79-87. <https://doi.org/10.7454/msk.v17i2.3030>
13. Efendi F, Pratama ER, Hadisuyatmana S, Indarwati R, Lindayani L, Bushy A. Nivel de conocimientos sobre el VIH en mujeres indonesias de entre 15 y 49 años. *Afr Health Sci*. 2020;20(1):83-90. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.13>
14. Arifin B, Rokhman MR, Zulkarnain Z, Perwitasari DA, Mangau M, Rauf S, et al. Mapeo de conocimientos sobre el VIH/SIDA en indonesios residentes en seis islas principales mediante la versión indonesia del instrumento HIV-KQ-18. *PLoS One*. 2023 ;18 (11):e0293876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293876>
15. Oktavianis AA, Firdawati GRW. Factores que influyen en la prevención de conductas de riesgo de VIH en adolescentes en Bukittinggi, Indonesia. *Revista de Ciencias Naturales de la Universidad de Hunan*. 2022;49(9). <https://doi.org/10.55463/issn.1674-2974.49.9.5>
16. Liu Y. El papel de las relaciones entre iguales en el bienestar psicológico de los adolescentes. En: SHS

- Web of Conferences. EDP Sciences; 2023. p. 03027. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202318003027>
17. Mburu G, Hodgson I, Kalibala S, Haamujompa C, Cataldo F, Lowenthal ED, et al. Revelación del VIH en adolescentes en Zambia: barreras, facilitadores y resultados. *Revista Africana de Reproducción y Endoscopia Ginecológica*. 2014;17(1). <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18866>
18. Veinot TC, Caldwell E, Loveluck J, Arnold MP, Bauermeister J. Comportamiento de las pruebas de VIH y características y funciones de las redes sociales entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (YMSM) en el área metropolitana de Detroit. *AIDS Behav*. 2016 ;20:2739-61. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1296-y>
19. Okumu M, Nyoni T, Byansi W. Alivio del sufrimiento psicológico y promoción del bienestar mental en adolescentes con VIH en África subsahariana, durante y después de la COVID-19. *Salud Pública Mundial*. 2021;16(6):964-73. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1912137>
20. Zakiei A, Norouzi E, Ghasemi SR, Komasi S, Rostampour M, Khazaie H. Control de conductas de riesgo asociadas al SIDA: el papel del apoyo social, el funcionamiento familiar, la autoeficacia y la percepción del riesgo de SIDA. *BMC Psychol*. 2022;10(1):132. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00839-z>
21. Qiao S, Li X, Stanton B. Apoyo social y conductas de riesgo relacionadas con el VIH: una revisión sistemática de la literatura mundial. *AIDS Behav*. 2014;18:419-41. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0561-6>
22. Cohen J. *Análisis de potencia estadística para las ciencias del comportamiento*. Hillsdale, Nueva Jersey: L. ErbaumAssociates. Editorial; 1988.
23. Procidano ME, Heller K. Medidas de apoyo social percibido de amigos y familiares: Tres estudios de validación. *Am J CommunityPsychol*. 1983;11(1):1-24. <https://doi.org/10.1007/BF00898416>
24. Najarkolaei FR, Niknami S, Shokravi FA, Tavafian SS, Fesharaki MG, Jafari MR. Cuestionario sobre comportamiento sexual y abstinencia del VIH/SIDA: Estudio de validación de un cuestionario iraní. *J Educ Health Promot*. 2014;3. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.127564>
25. Skakoon-Sparling S, Berlin G, Lachowsky NJ, Moore DM, Lambert G, Cox J, et al. Apoyo social y conductas de prevención del VIH entre hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, VIH negativos, residentes urbanos. *Psicología de la Salud*. 2022;41(1):65-75. <https://doi.org/10.1037/hea0001131>
26. Fitria Y, Maulidia R, Malang SM. Hubungan Antara Dukungan SosialKeluarga con Kesehatan Jiwa Remaja di SMPN Kota Malang. 2018.
27. Mo PKH, Wong ELY, Yeung NCY, Wong SYS, Chung RY, Tong ACY, et al. Asociaciones diferenciales entre el apoyo social, las conductas promotoras de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar subjetivo en personas mayores y jóvenes: un enfoque de modelado de ecuaciones estructurales. *Health Qual Life Outcomes*. 1 de diciembre de 2022;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01931-z>
28. Lee CYS, Goldstein SE, Dik BJ, Rodas JM. Fuentes de apoyo social y género en el estrés percibido y la adaptación individual entre adultos latinos/as que asisten a la universidad. *Cultura, Diversidad, Étnica, Minoridad, Psicología*. 2020;26(1):134. <https://doi.org/10.1037/cdp0000279>
29. Bandura A. Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio conductual. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
30. Motl RW, Dishman RK, Ward DS, Saunders RP, Dowda M, Felton G, et al. Comparación de la autoeficacia basada en barreras y el control conductual percibido para explicar la actividad física a lo largo de un año en adolescentes. *Psicología de la Salud*. 2005;24(1):106. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.1.106>
31. Sanz-Martín D, Ubago-Jiménez JL, Ruiz-Tendero G, Zurita-Ortega F. Actividad física moderada-vigorosa, apoyo familiar, apoyo entre iguales y tiempo frente a pantallas: Un modelo explicativo. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16177. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316177>
32. Berg RC, Page S, Øgård-Repål A. La eficacia del apoyo entre pares para personas con VIH: Una revisión sistemática y un metanálisis. *PLoSOne*. 2021 ;16 (6):e0252623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252623>
33. Bandura A. Teoría sociocognitiva y ejercicio de control sobre la infección por VIH. En: *Prevención del SIDA: Teorías y métodos de intervenciones conductuales*. Springer; 1994. pp. 25-59. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3
34. Nall A, Chenneville T, Rodriguez LM, O'Brien JL. Factores que afectan las pruebas de VIH en jóvenes de Kenia. *Int J Environ Res Public Health*.

2019;16(8):1450.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16081450>

35. Bauman LJ, Watnick D, Silver EJ, Rivera A, Sclafane JH, Rodgers CRR, et al. Reducción del riesgo de VIH/ITS en adolescentes de 12 a 14 años: Un ensayo controlado aleatorizado preparado para el proyecto. *Prevention Science*. 2021;1-13. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01203-0>

36. Ajzen I. La teoría del comportamiento planificado. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

37. Hanifah A. Pencegahan Masalah VIH/SIDA melalui Pendekatan Keluarga. Agencia de Investigación y Desarrollo del Bienestar Social, Ministerio de Indonesia; 2008.

38. Faridah I. Pengetahuan dan sikap tentang VIH/SIDA dan upaya pencegahan VIH/SIDA. *Jurnal Kesehatan*. 2020;9(1):43-58.

39. Darmawati I, Lindayani L. Pemanfaatan aplicación para teléfonos móviles dalam pencegahan dan penanggulangan VIH pada Remaja: un programa comunitario de prevención del VIH. *Revista internacional de aprendizaje en servicio comunitario*. 2020;4(3). <https://doi.org/10.23887/ijcs.v4i3.28848>

40. Fakhri-Movahedi A, Rahnavard Z, Salsali M, Negarandeh R. Explorando el rol comunicativo de la enfermera en las relaciones enfermera-paciente: Un estudio cualitativo. *J Caring Sci*. 2016;5(4):267. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.028>



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112