

Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos*

Ana Fernanda Uribe R.¹, Laura Valderrama, Ana María Sanabria,
Linda Orcasita y Tatiana Vergara
Pontificia Universidad Javeriana Cali - Colombia

Recibido: 03/08/09

Aceptado: 24/08/09

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir y comparar los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. La muestra está conformada por 222 adolescentes de ambos sexos, entre los 10 y 18 años (media 14.10 y desviación típica 1.925) que pertenecen a una institución pública de la ciudad de Cali. Es una investigación descriptivo-correlacional (Montero y León, 2005). La información se recogió mediante la aplicación de la Adaptación Colombiana de la escala VIH-65 (Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), que mide conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA. Los resultados evidencian que la escala que obtuvo mayor puntuación es la de conocimientos erróneos, lo que indica que aún persisten conceptos errados y mitos frente al VIH/SIDA. Igualmente, se encontró que existen diferencias significativas en función de la edad, la escolaridad y el sexo.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH /SIDA, adolescentes

Abstract

The objective of this research is to describe and compare correct knowledge, incorrect ideas, attitudes, susceptibility and self-efficacy in cases of HIV/AIDS in a group of Colombian adolescents. The sample consists of 222 adolescents of both sexes between the ages of 10 and 18. (Average 14.10 and a typical deviation of 1.925), who belong to a public institution in the city of Cali. This is descriptive-correlational research (Montero and León, 2005). The information was gathered by the application of the Colombian adaptation of the HIV-65 scale (Bermúdez, Buela-Casal and Uribe (2005), which measures knowledge, attitudes, susceptibility, and self-efficacy in cases of HIV/AIDS. The results

¹ Dirección de correspondencia

E-mail: auribe@javerianacali.edu.co

* Investigación realizada por el Grupo de Investigación de Medición y Evaluación Psicológica, línea Psicología Evolutiva y Diferencial. Proyecto financiado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali y Red de Salud del Norte ESE Cali. Código proyecto: 020 100 128

show that the scale obtaining the highest score is that of incorrect knowledge, which suggests that there are still erroneous and mythical concepts about HIV/AIDS. It was also found that there are different meanings depending on age, academic level and sex.

Key Words: Knowledge, attitudes, susceptibility, and self-efficacy in cases of HIV/AIDS, adolescents.

Resumo

A presente investigação tem como objetivo descrever e comparar os conhecimentos corretos, as idéias errôneas, as atitudes, a suscetibilidade e auto-eficácia contra o HIV/AIDS em um grupo de adolescentes colombianos. A mostra está conformada por 222 adolescentes de ambos sexos, entre os 10 e 18 anos (meia 14.10 e desvio típica 1.925) que pertencem a uma instituição pública da cidade de Cali. É uma investigação descritivo-correlacional (Montero y León, 2005). A informação se recolheu mediante a aplicação da Adaptação Colombiana da escala HIV-65 (Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), que mede conhecimentos, atitudes, suscetibilidade e auto-eficácia contra o HIV/AIDS. Os resultados evidenciam que a escala que obteve maior pontuação é a de conhecimentos errôneos, o que indica que ainda persistem conceitos errados e mitos contra o HIV/AIDS. Igualmente se encontrou que existem diferenças significativas em função da idade, a escolaridade e o sexo.

Palabras-chave: Conhecimentos, atitudes suscetibilidade e auto-eficácia contra o HIV/AIDS, adolescentes.

Introducción

Durante los últimos años el número de personas infectadas por el VIH /SIDA a nivel mundial, ha aumentado alarmantemente, específicamente se ha encontrado que los adolescentes son unos de los grupos con mayor vulnerabilidad de adquirirlo, por la presencia de múltiples conductas de riesgo; por ello, se ha reportado que la edad donde más se presentan los nuevos casos diagnosticados a nivel mundial es entre los 15 y los 24 años (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez y Ortigoza, 2006; Onusida, 2008; Tarazona, 2006). En América Latina y el Caribe 420.000 jóvenes han sido diagnosticados, donde 55. 104 son menores de 15 años, siendo el principal medio de transmisión la actividad sexual sin protección (Onusida 2008; Fondo para las Naciones Unidas (Unicef, 2007). Específicamente, en Colombia, la Secretaría de Salud Municipal (2008) y el Ministerio de Protección Social (2008), en su informe anual, describieron que el 57.7% de las personas diagnosticadas se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad. Teniendo en cuenta dicho panorama, la Unesco (2008) proyecta que para

el año 2030 más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo se infectará del virus, dato que indica la urgencia e importancia de intervenir en la prevención de dicho diagnóstico.

Por esta razón, diversos profesionales de la salud han encaminado sus esfuerzos en generar estrategias que permitan disminuir la tasa de adolescentes infectados, interviniendo en el desarrollo de habilidades que les permitan al adolescente hacer frente a las diversas situaciones psicosociales que enfrentan continuamente en esta etapa, tales como la presión de grupo, el aumento de búsqueda de sensaciones, el noviazgo entre otros, que de una u otra manera los colocan en mayor riesgo frente a sus conductas sexuales, donde el contexto social y cultural, en algunos casos, no favorece ni facilita, las prácticas sexuales preventivas y saludables (Moore y Roshental 1993, citados por Fuertes, Martínez, Ramos, De la Orden y Carpintero, 2002).

De esta manera, la presente investigación tiene como objetivo describir los conocimientos correctos y erróneos, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH/

SIDA de un grupo de adolescentes colombianos. Asimismo, se pretende establecer las diferencias en función de la edad, la escolaridad y el sexo de los adolescentes evaluados. Por tal razón, se presenta a continuación la conceptualización de cada una de las variables de estudio.

Los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH e incluyen las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención. En algunas investigaciones se ha observado que los adolescentes no cuentan con suficientes conocimientos ni habilidades relacionadas para la prevención del VIH/Sida; entre ellas se puede mencionar la investigación realizada por Uribe (2005), quien encontró que el conocimiento, frente al VIH/SIDA, de los jóvenes se encontraba en un nivel medio, y se relacionaba específicamente con las formas de transmisión, prevención y la evolución del VIH. Otros estudios revelan que en los adolescentes existen numerosas ideas incorrectas frente al tema, sobre todo en lo que respecta al tratamiento para la enfermedad, el considerar que el VIH tiene cura, los medios de transmisión y prevención por medio del uso del preservativo (Lanouette, Noelson, Ramamonjisoa, Jacobson y Jacobson, 2003; Morris, Ulmery Chimnani, 2003; Suárez, Gutiérrez, Figueroa y Monteagudo, 2006). Por su parte, González (2004) encontró que debido a la falta de información y la incorrecta utilización de los métodos anticonceptivos en jóvenes de 14 a 25 años, los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva los llevaba a aumentar el riesgo de embarazo no deseado. Finalmente, Gascón et al. (2003) encontraron que los estudiantes de colegios públicos y privados tienen un nivel bajo de conocimientos, lo que los pone en riesgo no solo de infectarse de VIH, si no por otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En otras investigaciones se han obtenidos resultados diferentes a los anteriores, específicamente se identificó que en un grupo de jóvenes que pertenecen a zonas urbanas, existían altos niveles de conocimientos, al igual que los adolescentes que han tenido participación

en actividad de educación sobre transmisión y prevención (Cohall et al. 2001). Por su parte, en los adolescentes que estudian en entidades públicas se evidenció una relación entre el nivel de conocimientos sobre VIH/ SIDA y el uso del preservativo en hombres.

Por tal razón, se ha considerado necesario no sólo que los adolescentes cuenten con conocimientos correctos frente al VIH /SIDA, sino además con las habilidades necesarias en sexualidad. Todo esto justificado en el hecho de que se ha encontrado que los conocimientos correctos no necesariamente garantizan conductas de prevención, lo que pone de manifiesto, que aunque es relevante que el adolescente tenga información y conceptos claros sobre la temática, esto no va a garantizar que la conducta de riesgo desaparezca, ni tampoco son suficientes para desarrollar conductas dirigidas a la prevención frente al VIH/SIDA (Bayes, 1995; Díaz-Loving, 2001; Steel, Herlitz, Snyder, Mazzaferro y Theorell, 2004). González (2009) se une a lo anterior mencionando que aunque los adolescentes han recibido información sobre métodos anticonceptivos y sobre las enfermedades de transmisión sexual, aún siguen teniendo relaciones sin protección, por ello describe otra variable que puede afectar el establecimiento de conocimientos correctos, y es el origen de donde estos provengan, es decir, pares, familiares, profesores u otros.

Por otro lado, las actitudes son consideradas como un factor de riesgo psicosocial para la infección por VIH/SIDA. Se ha identificado en algunas investigaciones que los mitos, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas respecto al VIH/SIDA pueden influir en las actitudes que el adolescente asuma frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas (Vega Fuente y Lacoste Marín, 1995). Específicamente, algunas investigaciones establecen que los adolescentes de instituciones educativas presentan baja tolerancia frente a las personas diagnosticadas (Barros et al. 2001). Contrario al estudio realizado por Montazeri (2004), en el cual se encontró que el 84% de los adolescentes consideran que las personas con

VIH pueden desempeñarse en el mundo laboral y educativo, lo cual es un indicador de tolerancia hacia las personas infectadas.

La susceptibilidad es otra variable fundamental para el desarrollo de conductas de protección en los adolescentes. La susceptibilidad frente al VIH/SIDA, se refiere a la percepción de riesgo que tiene una persona de las consecuencias negativas que podría generar la ejecución de una conducta determinada (Onusida, 1999). García Martínez (2005), citado por Uribe (2005), describe que si el adolescente se percibe en riesgo de adquirir la infección por VIH, éste emitirá conductas de prevención, relacionando así conductas y consecuencias. Por tanto, una alta susceptibilidad frente al VIH/SIDA es de gran importancia dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, porque al percibir el riesgo de adquirir esta infección y conocer las consecuencias negativas que puede generar, posiblemente optarán por la ejecución de conductas saludables y la disminución de comportamientos de riesgo.

Se han realizado diversos estudios para conocer la percepción de riesgo frente a la infección por VIH en los adolescentes. En varias de estas investigaciones se ha encontrado que esta variable en los adolescentes tiene un nivel bajo (DiClemente, Crosby y Wingood, 2002; Suárez et al. 2006; Vihn, Raguin, Thebaud, Semaille y Tri, 2003). Concretamente, Chirinos, Bardales y Segura (2006), en su estudio de relaciones coitales y percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en jóvenes, identificaron que el 58% de los entrevistados creían que no presentaban riesgo de infectarse de alguna de estas enfermedades, y sus razones principales fueron: tener pareja estable y ser fiel a ella (50%), ausencia de relaciones sexuales (26%) y sólo el 5,5% señaló el uso continuo de preservativo. Estos autores concluyeron que los adolescentes presentan una moratoria vital que los hace percibir el riesgo como algo lejano, por lo cual ejecutan dichos comportamientos. Por el contrario, según el estudio realizado por Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón y Góngora-Biachi (2006), de 72 adolescentes evaluados, 70 sí se percibían en

riesgo de infectarse del Virus del VIH y más de la mitad manifestó preocupación del hecho de poder infectarse.

Asimismo, Romero (2000), citado por Tarazona (2006), halló que la percepción de riesgo para VIH/SIDA en estudiantes universitarios colombianos no coincide con la conducta sexual y la protección ante el VIH, ya que siguen teniendo relaciones sexuales sin usar el preservativo, a pesar de percibir el riesgo de adquirir esta infección. Por su parte, Uribe (2005) halló que los adolescentes colombianos presentaban diferencias significativas a favor de la susceptibilidad al VIH/SIDA en función del tipo de institución educativa, de la región geográfica y del nivel de escolaridad; específicamente, los adolescentes que tenían mayor susceptibilidad frente esta infección, eran los de la región de Orinoquía, los que asistían a instituciones educativas privadas y los de undécimo grado.

Otra variable, estudiada como riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes, es la Autoeficacia, entendida como la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y su control frente a situaciones diversas (Bandura, 1999). Su importancia radica en que a través de ella se generan comportamientos en función de la anticipación a futuros resultados (Noboa y Serrano-García, 2006). En el caso de la salud sexual y reproductiva, se ha observado que la autoeficacia le permite al adolescente desarrollar habilidades para no tener relaciones sexuales sin protección, usar y conseguir el preservativo y hablar con su compañero sexual sobre relaciones sexuales anteriores y riesgos vividos, por tanto, tiene una implicación importante en la adquisición de conductas saludables, la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio (Bandura, 1997; Noboa y Serrano- García, 2006).

Diversas investigaciones respaldan lo mencionado y reconocen la autoeficacia como un componente importante en la reducción del riesgo frente al VIH/SIDA, entendiéndola como un factor mediador en la motivación para ejecutar conductas y aprendizajes relacionados

con el VIH/SIDA (Takahashi, Magalong, DeBell, y Fasudhani, 2006). Específicamente, en el estudio realizado por Davis, Sloan, MacMaster y Kilbourne (2007), en una comparación entre estudiantes afroamericanos y estudiantes blancos, encontraron que los jóvenes afroamericanos utilizaban condones con mayor frecuencia e indicaron que harían uso de los condones con regularidad en el futuro. Además, no hallaron diferencia en la autoeficacia para el uso del preservativo ni en las actitudes hacia prácticas sexuales más seguras. A nivel colombiano, el estudio realizado por Uribe, en el 2005, encontró que el 93% de los adolescentes se percibía capaz de pedir el uso de preservativo a su pareja y que el 53,6% se consideraba capaz de conseguir condones fácilmente; el 89,3% se sentían capaces de llevar un condón por si tenían una relación sexual; el 44% se sentían capaces de contarle a su pareja si tuvieran una relación bisexual; y 82,8% se sentían capaces de preguntarle a su pareja si había tenido relaciones sexuales con una persona que ejerciera el trabajo sexual.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en relación con la autoeficacia, diversos estudios han identificado que las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas preventivas, como lo es el rechazo a tener relaciones sexuales, no incurrir en prácticas de alto riesgo y en expresar reafirmaciones por el interés de protegerse, pero se identifica que los hombres tienen mayor autoeficacia en el uso del preservativo (López-Rosales y Moral-de la Rubia, 2001; Noboa y Serrano- García, 2006). Cabe resaltar que en los adolescentes colombianos se hallaron diferencias significativas de la autoeficacia en función de la región geográfica y el sexo, destacando que los adolescentes que se sienten más autoeficaces frente al VIH son los varones y los que pertenecen a la región Insular (Uribe, 2005).

Finalmente, identificar y comprender el nivel de conocimiento, las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia en los adolescentes constituyen una fuente relevante de información para,

primero, conocer a nivel local la situación de los adolescentes frente a dichas variables, su manifestación y las consecuencias que sobre la salud sexual, mental y reproductiva implican dichos comportamientos y, posteriormente, generar estrategias o planes de educación y comunicación, orientados a promover en esta etapa comportamientos más saludables.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 222 adolescentes, entre los 10 y 18 años, quienes pertenecían a dos instituciones públicas de la ciudad de Cali. La edad promedio fue de 14.10 años, con una desviación típica de 1.92.

Tipo de investigación

La metodología es de tipo descriptivo, la cual se caracteriza por “describir poblaciones sin que en su planteamiento se incluyan hipótesis propiamente dichas” (Montero y León, 2005, p. 119), de esta manera, en este tipo de estudio se miden de forma independiente sus variables, para luego integrar dichas mediciones y decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés.

Instrumento

Para medir conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA se utilizó la Adaptación Colombiana de la Escala de VIH/SIDA – 65 de Paniagua (1998), realizada por Bermúdez, Buena-Casal y Uribe (2005), la cual está constituida por 65 ítems que evalúan conocimiento correcto (20 ítems), ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA (20 ítems), actitudes negativas hacia personas con SIDA (5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA (5 ítems), actitudes negativas hacia los preservativos (5 ítems), percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (5 ítems). El análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un Alfa de Cronbach 0.79 para el instrumento.

Resultados

Se presenta a continuación los datos obtenidos en la presente investigación. Inicialmente, se hace referencia a la descripción sociodemográfica de la muestra evaluada; posteriormente, se realizará un análisis descriptivo de las subescalas contenidas en el VIH/65 y, finalmente, se presenta el análisis univariado Anova.

De esta manera, dentro de las características de la muestra se observa que de los adolescentes evaluados (222) se encuentran entre los 10 y 18 de edad con un promedio de 14.10 años y una desviación típica de 1.92. Asimismo, dentro la muestra el 55.4% son mujeres y el 41% se ubican entre octavo y noveno grados (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra en función de la edad, el sexo y la escolaridad

		Frecuencia	%
Edad	10 a 12 años	50	22.5
	13 a 15 años	115	51.8
	16 a 18 años	57	25.7
Sexo	Hombre	99	44.6
	Mujer	123	55.4
Escolaridad	Sexto a séptimo	75	33.8
	Octavo a noveno	91	41
	Décimo a once	56	25.2
	Total	222	100

Dentro del análisis descriptivo de las subescalas de la Escala VIH/SIDA-65, se calcularon las puntuaciones mínima y máxima,

así como su media y desviación típica (Véase Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes

Subescalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Conocimiento Correcto	21.0	56.0	32.88	6.90
Conocimiento erróneo	22.0	60.0	44.4	6.34
Actitud positiva	5.0	15.0	9.64	2.68
Actitud negativa	5.0	15.0	10.08	2.26
Actitud neutra	5.0	15.0	10.55	2.37
Susceptibilidad	5.0	15.0	10.15	2.13
Autoeficacia	5.0	15.0	8.49	2.52

Al comparar las medias de las subescalas, se puede observar que los adolescentes obtuvieron una mayor puntuación en la subescala de conocimiento erróneo, con una media de 44.4 y una desviación típica de 6.34; por lo cual se puede decir, en términos generales, que en los adolescentes aún persisten conceptos errados con respecto al tema del VIH/SIDA que de una u otra manera podrían interferir en sus comportamientos frente a la sexualidad.

Al realizar el análisis univariado (Anova) de las subescalas conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA, se calcularon

las puntuaciones mínimas, máximas, media y desviación típica. El análisis realizado indica diferencias significativas en función de la edad, la escolaridad y el sexo.

En cuanto a la edad, se observan diferencias significativas en las subescalas: conocimiento correcto $F(2, 174)=7.816$; $MSE=44.19$; $p<0.001$; actitud positiva $F(2, 206)=0.328$; $MSE=6.95$; $p<0.007$; actitud neutra $F(2, 198)=7.24$; $MSE=5.307$; $p<0.001$ y autoeficacia $F(2, 203)=6.108$; $MSE=6.09$; $p<0.003$. (Véase Tabla 4). Las medias y desviaciones típicas de las variables medidas: conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa y autoeficacia se recogen en la Tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA en adolescentes en función de la edad

Subescala	Rangos edad	Media	Desviación típica
Conocimiento Correcto	10 a 12 años	34.05	5.37
	13 a 15 años	34.07	7.56
	16 a 18 años	29.59	5.65
Conocimiento erróneo	10 a 12 años	43.93	7.41
	13 a 15 años	44.79	6.37
	16 a 18 años	44.14	5.19
Actitud positiva	10 a 12 años	10.40	2.74
	13 a 15 años	9.73	2.63
	16 a 18 años	8.77	2.54
Actitud Negativa	10 a 12 años	9.85	2.26
	13 a 15 años	10.1	2.39
	16 a 18 años	10.1	2.01
Actitud Neutra	10 a 12 años	11.27	2.36
	13 a 15 años	10.75	2.37
	16 a 18 años	9.59	2.09
Susceptibilidad	10 a 12 años	10.53	2.08
	13 a 15 años	10.26	2.12
	16 a 18 años	9.60	2.13
Autoeficacia	10 a 12 años	9.16	2.56
	13 a 15 años	8.66	2.49
	16 a 18 años	7.52	2.32

Tabla 4. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes en función de la edad

Subescalas	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento Correcto	2	345.41	7,81	.001
Conocimiento erróneo	2	13.29	0.32	0.72
Actitud positiva	2	35.013	5.03	.007
Actitud Negativa	2	1.71	0.33	0.71
Actitud Neutra	2	38.448	7.24	.001
Susceptibilidad	2	12.48	2.78	0.64
Autoeficacia	2	37.22	6.108	.003

Los adolescentes que se encuentran entre los 10 y 12 años presentan mayores conocimientos correctos actitud positiva, actitud neutra y autoeficacia en relación al VIH/SIDA, comparados a los demás grupos de edad, lo cual se corrobora al observar que en la escala de conocimiento incorrecto obtienen un mínimo puntaje en comparación con el resto del grupo.

En cuanto a la escolaridad, se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables

medidas: conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa y autoeficacia (Véase Tabla 5). Se encontraron diferencias significativas en las siguientes escalas: conocimiento correcto $F(2, 174)=8.06$; $MSE=44.07$; $p<0.000$; actitud positiva $F(2, 206)=3.57$; $MSE=7.04$; $p<0.03$ y autoeficacia $F(2, 203)=7.11$; $MSE=6.03$; $p<0.001$ (Véase Tabla 6).

Tabla 5. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA en adolescentes según la escolaridad

Subescala	Escolaridad	Media	Desviación típica
Conocimiento Correcto	Sexto a séptimo	34.60	6.44
	Octavo a noveno	33.62	7.12
	Décimo a once	29.66	6.12
Conocimiento erróneo	Sexto a séptimo	43.83	7.58
	Octavo a noveno	44.92	6.43
	Décimo a once	44.41	4.35
Actitud positiva	Sexto a séptimo	10.25	2.72
	Octavo a noveno	9.55	2.40
	Décimo a once	8.98	2.93
Actitud Negativa	Sexto a séptimo	9.71	2.35
	Octavo a noveno	10.24	2.28
	Décimo a once	10.32	2.09
Actitud Neutra	Sexto a séptimo	11.03	2.41
	Octavo a noveno	10.51	2.34
	Décimo a once	10.03	2.28
Susceptibilidad	Sexto a séptimo	10.33	2.00
	Octavo a noveno	10.29	2.20
	Décimo a once	9.67	2.15
Autoeficacia	Sexto a séptimo	9.31	2.51
	Octavo a noveno	8.34	2.36
	Décimo a once	7.67	2.51

Tabla 6. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes en función de la escolaridad

Sub escala	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento Correcto	2	355.6	8.06	0.00
Conocimiento erróneo	2	19.54	0.48	0.61
Actitud positiva	2	25.18	3.57	0.03
Actitud Negativa	2	7.44	1.45	0.23
Actitud Neutra	2	14.7	2.66	0.72
Susceptibilidad	2	7.96	1.75	0.17
Autoeficacia	2	42.97	7.11	0.00

Se puede observar que los adolescentes que se encuentran en sexto y séptimo presentan mayores conocimientos correctos, actitud positiva y autoeficacia frente al VIH/SIDA. Se identifica que a medida que aumenta la escolaridad son más bajas las puntuaciones en dichas subescalas.

De acuerdo con la variable sexo, se encontraron diferencias significativas en la escala

de actitud neutra $F(1, 199)=5.02$; $MSE=5.52$; $p<0.026$ (Véase Tabla 7). Se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables medidas: conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa y autoeficacia en función del sexo (Véase Tabla 8).

Tabla 7. Puntuaciones mínimas, máximas, medias y desviaciones típicas en los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa y autoeficacia frente a la infección por el VIH/SIDA en adolescentes según el sexo

Subescala	Sexo	Media	Desviación típica
Conocimiento Correcto	Hombre	32.01	7.39
	Mujer	33.55	6.45
Conocimiento erróneo	Hombre	43.86	6.66
	Mujer	44.86	6.07
Actitud positiva	Hombre	9.98	2.70
	Mujer	9.37	2.65
Actitud negativa	Hombre	10.05	2.33
	Mujer	10.11	2.22
Actitud Neutra	Hombre	10.14	2.65
	Mujer	10.89	2.07
Susceptibilidad	Hombre	10.29	2.38
	Mujer	10.04	1.94
Autoeficacia	Hombre	8.58	2.77
	Mujer	8.41	2.33

Tabla 8. Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia del conocimiento correcto, ideas erróneas, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia sobre la infección por el VIH/SIDA de los adolescentes en función del sexo.

Sub escala	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento Correcto	1	102.7	2.17	0.14
Conocimiento erróneo	1	44.85	1.11	0.29
Actitud positiva	1	19.35	2.70	0.10
Actitud negativa	1	0.186	0.36	0.84
Actitud Neutra	1	27.76	5.02	0.02
Susceptibilidad	1	3.315	0.72	0.39
Autoeficacia	1	1.384	0.216	0.64

Se observa que las mujeres presentan mayor actitud neutra frente al VIH /SIDA en comparación con los hombres. Es decir que logran asertividad ante las personas diagnosticadas.

Discusión

A través de los años, el tema de la adolescencia y las conductas de riesgo frente a la sexualidad ha sido de interés para diversos profesionales de la salud, ya que se ha identificado que dichas conductas han influenciado de una u otra manera el aumento de nuevos casos de adolescentes diagnosticados con VIH. Por esta razón, se ha considerado necesario identificar las variables que están llevando a que los jóvenes no generen comportamientos de autocuidado y por ende estén más vulnerables frente a la infección por VIH/SIDA.

De esta manera, por medio de los resultados de la presente investigación se pudo identificar, en primer lugar, que se siguen encontrando conocimientos erróneos frente al VIH /SIDA, y preocupa el hecho de que los adolescentes de mayor edad y escolaridad no tengan claros conceptos relacionados con el uso del condón, el VIH/SIDA, su evolución, prevención y formas de transmisión, teniendo en cuenta los múltiples factores de riesgo presentes en esta etapa, lo anterior ha sido reportado por varios estudios en los últimos años (Cruz, Mirabal, Tena, Espinal y Cardenas, 2005; Lanouette et al. 2003; Macchi et al. 2008; Morris et al. 2003; Suárez et al. 2006) y, desde hace más de cinco años se viene identificando la misma situación, lo cual indica que hasta el momento las estrategias de intervención no han abordado la complejidad de la temática.

Por ello, los conocimientos erróneos pueden repercutir en la inadecuada utilización de los métodos anticonceptivos, y en la presencia de otras conductas de riesgo, tal como lo muestra la investigación de González (2004) en un grupo de jóvenes de 14 a 25 años, donde esto ocasionó el aumento de riesgo de embarazo no deseado. Por tal razón, se ha considerado necesario unir a los conocimientos el desarrollo de habilidades necesarias dentro de la sexual y reproductiva.

Pese a lo anterior, se pudo observar que a diferencia de los demás grupos (8 a 11 de bachillerato), los estudiantes que se ubicaban en sexto y séptimo grados cuentan con más conocimientos correctos con respecto al VIH /SIDA, lo cual se relaciona con el puntaje que se obtuvo en función de la edad, donde se encontraron diferencias significativas en esta subescala en los adolescentes de 10 a 15 años, demostrando que hay mayor claridad en las formas de prevención, de transmisión del virus y su tratamiento, dato que es similar al identificado por Uribe (2005) en adolescentes colombianos y por Vera et al. (2006). Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que los colegios intensifican los programas en educación sexual durante esta etapa (González, 2009).

Sin embargo, cabe aclarar que éste es un punto a debatir, ya que las últimas investigaciones han demostrado que los conocimientos no están directamente relacionados con las conductas de prevención, si no que sólo disminuyen la probabilidad de la transmisión y la presencia de ideas erróneas frente al mismo (Bayes, 1995; Díaz-Loving, 2001; Steel, Herlitz, Snyder, Mazzaferro y Theorell, 2004), por ello, se puede decir que aunque los conocimientos no sean la causa directa para la emisión de conductas de autocuidado, estos sí deben transmitirse a los adolescentes, ya que es la primera fuente de información para la prevención; por tanto, es necesario, evaluar las fuentes de información y verificar que ésta sea la correcta; por esto, se hace un llamado a que las instituciones tanto familiares como educativas, se capaciten en el tema de la sexualidad, con el fin de unificar los conocimientos frente a estas temáticas y entendiendo que la familia puede convertirse en un factor de protección en las conductas de riesgo (González, 2009).

Por otro lado, en lo que respecta a las actitudes frente al VIH/SIDA, se encontró que los adolescentes de los 10 a 12 años presentan una actitud positiva y neutra frente a las personas diagnosticadas, al igual que los jóvenes que están en sexto y séptimo grados, es decir, que tienen mayor aceptación ante

las personas diagnosticadas, dato similar al estudio de Montazeri (2004) y Vera et al. (2006), considerando que éstas pueden convivir y desarrollarse normalmente dentro de una sociedad, lo que demuestra un mínimo rechazo hacia los mismos. Lo anterior parte de tener claridad en las formas de transmisión, tal como se demuestra en los puntajes obtenidos en la escala de conocimientos correctos. Algunos estudios revelan lo contrario (Cruz et al. 2005; Barros et al. 2001), estableciendo que los adolescentes de instituciones educativas presentan baja tolerancia frente a las personas diagnosticadas.

En cuanto a la susceptibilidad, entendida como la percepción de riesgo que tiene una persona de las consecuencias negativas que podría generar la ejecución de una conducta determinada (Onusida, 1999), los datos obtenidos no evidenciaron diferencias significativas de esta subescala en relación a las variables sexo, edad y escolaridad. Por el contrario Uribe (2005) encontró que en Colombia que los adolescentes sí presentaban susceptibilidad al VIH/SIDA en función a la región geográfica, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad. Por tanto, presentaron mayor susceptibilidad frente al VIH los adolescentes colombianos de la región de Orinoquía, los jóvenes que asisten a instituciones educativas privadas y los adolescentes de undécimo grado.

Pese a ello, diversas investigaciones han establecido un nivel bajo de susceptibilidad frente a la infección por VIH/SIDA (DiClemente et al. 2002; Suárez et al. 2006; Vihn et al. 2003; Vinaccia, Quiceno, Gaviria y Soto, 2007), lo que lleva a que sea de vital importancia continuar en el diseño de estrategias que contribuyan a que los adolescentes se consideren más susceptibles de infectarse de VIH/SIDA, percibiendo la infección como un hecho real, que sucede producto de la emisión de conductas de riesgo; sin embargo, éste es un punto a debatir ya que algunos autores consideran, por medio de los resultados obtenidos, que la percepción de riesgo para VIH/SIDA no coincide con la conducta sexual y la protección ante el VIH, debido a que siguen teniendo relaciones sexuales sin

usar el preservativo (Romero, 2000, citado por Tarazona 2006), lo que continúa reforzando el hecho de que existe otro tipo de variables que éstas, más relacionadas con la emisión de conductas de riesgo.

Finalmente, y en relación con la autoeficacia se identifica que a medida que aumenta la edad y pasan a grados escolares mayores, menor es la autoeficacia de los mismos, ya que sólo se evidenciaron diferencias significativas en los adolescentes que estaban en sexto y séptimo y los que tenían de 10 a 12 años, lo que demuestra que se sienten confiados y con las habilidades necesarias para exigir el uso del condón, o negarse a tener relaciones sexuales sin protección, entre otros. Una posible explicación del bajo índice en la autoeficacia en los demás grupos (8 a 11 grados) puede estar relacionado con la presencia de mitos en relación al uso del condón, donde se ha encontrado que los adolescentes lo perciben como poco cómodo dentro de las relaciones sexuales, que disminuye la sensibilidad o poco práctico para evitar posibles embarazos (Vinaccia et al. 2007). Por esta razón, se ha identificado que la autoeficacia puede o no presentarse en ciertas poblaciones, ya que como lo evidencia Planes et al. (2004), en su investigación, más del 50% de la muestra evaluada se sentían totalmente o muy capaces de usar preservativo, mientras que cuando se trataba de la abstinencia sólo se percibieron con esa competencia el 20%.

De esta manera, se concluye que los datos obtenidos contribuyen a la comprensión de la situación de los adolescentes respecto a sus conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA, permitiendo encaminar y desarrollar estrategias que apunten a las necesidades puntuales de cada población, teniendo en cuenta, como se observó en la presente investigación, las diferencias por edad, sexo y escolaridad, y que asimismo esto pueda contribuir a generar niveles altos en sus comportamientos y conocimientos frente a la sexualidad. Por tanto, los programas de intervención en dicha temática deben incluir, además de fases educativas que le permitan al

adolescente confrontar sus ideas y mitos frente a la temática, fases para el desarrollo de habilidades que fortalezcan su autocuidado, generando conocimientos correctos que se manifiesten en la práctica cotidiana y disminuyan sus factores de riesgo frente a la infección.

Referencias

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yepes, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 86-94.
- Bayés, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe, A. F. (2005). *Adaptación al colombiano de la escala VIH-65*. Universidad de Granada. Documento sin publicar
- Chirinos, J. L., Bardales, O. y Segura, M. D. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 79-85.
- Cohall, A., Kassotis, J., Parks, R., Vaughan, R., Bannister, H. y Northridge, M. (2001). Adolescents in the age of AIDS; Myths, misconceptions and misunderstanding regarding sexually transmitted diseases. *Journal of the National Medical Association*, 93, 64-69.
- Cruz, J., Mirabal, J., Tena, H., Espinal, C. y Cardenas, H. (2005). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en una población de estudiantes de secundaria de San Francisco de Marcóris. *Revista Médica*, 66, 8-15.
- Davis, C., Sloan, M., MacMaster, S. y Kilbourne, B. (2007). HIV/AIDS Knowledge and Sexual Activity: An Examination of Racial Differences in a College Sample. *Health & Social Work*, 32, 211-218.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 25-39.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A. y Wingood, G. M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. *Perspectivas*, 32, 21-43.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2008). *Children and AIDS Third Stocktaking Report, 2008*. Recuperado 20 marzo, 2009, de http://www.unicef.org/publications/index_46585.html
- Fuertes, A., Martínez, J. L., Ramos, M., De la Orden, V. y Carpintero, E. (2002). Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 25, 347-361.
- Gascón, J.A., Navarro, B., Gascon-Jimenez, F.J., Perula de Torres, L.A., Jurado, A. y Montes, G. (2003). Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente. *Revista de Medicina Familiar*, 4, 32-37.
- González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 59-68.
- González, J.C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública* 11, 14-26.
- Lanouette, N., Noelson, R., Ramamonjisoa, A., Jacobson, S y Jacobson, J. (2003). HIV and AIDS Related Knowledge, Awareness, and Practices in Madagascar. *American Journal of Public Health*, 93, 917-919
- López-Rosales, F. y Moral de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Macchi, M.L., Benítez, L., Corvalan, A., Núñez, C. y Ortigoza, D. (2006). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. *Pediatría*, 32, 1-12.

- Macci, M.L., Benítez, L., Corvalán, A., Núñez, C. y Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel edio de educación del área metropolitana, Paraguay. *Archivos de Pediatría Uruguay*, 79, 253-263.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011*. Recuperado 20 Marzo, 2009, de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6428.pdf>
- Montazeri, A. (2004). AIDS Knowledge and attitudes in Iran: Results from a population-based Surrey in the Teheran. *Patient Education and Counseling*, 57, 199-203.
- Montero, I., y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Morris, L.A., Ulmer, CH. y Chimmnani, J. (2003). A role for Community Health Corps members in youth HIV/AIDS prevention education. *The Journal of School Health*, 73, 138-143.
- Noboa, P. y Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- Onusida (1999). Infección por VIH y SIDA en Colombia: 1999. *Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá: Onusida.
- Onusida (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida*. Recuperado 30 Marzo, 2009, de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2008). *Iniciativa Mundial sobre Educación y VIH & SIDA*. Recuperado 15 abril, 2008, de www.unesco.org/aids
- Planes, M., Gras, M.E., Cunill, M., Gómez, A. B., Romero, M.T., Font-Mayolas, S. y Vieta, J. (2004.) Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de enlaci*, 71,72, 79-85.
- Secretaría de Salud Municipal (2008). *Epidemiología del VIH/SIDA en Cali: Una Problemática de Salud Pública*. Recuperado Marzo 30, 2009, de http://www.icesi.edu.co/polis/images/contenido/pdfs/Boletin_3/epidemiologia_sida_cali_una_%20problemativa_salud_publica.pdf
- Suárez, J. A., Gutiérrez, M., Figueroa, D. V. y Monteagudo, M. (2006). Percepción del riesgo de ITS/VIH/SIDA en adolescentes con sepsis ginecológica. *Interpsiquis*, 10, 1-2.
- Steel, J.L., Herlitz, C., Snyder, W., Mazaferro, K. y Theorell, T. (2004). Are we really assessing HIV/AIDS-related knowledge? Competing beliefs that may put a “knowledgeable” person at risk for HIV. *International Journal of STD y AIDS*, 15, 637-638.
- Takahashi, L. M., Magalong, G. M., DeBell, P. y Fasudhani, A. (2006). HIV and AIDS in suburban Asian and Pacific Islander communities: factors influencing self-efficacy in HIV risk reduction. *AIDS Education and Prevention*, 18, 529-545.
- Tarazona, D. (2006). Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 7, 1-22.
- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos*. Tesis Doctoral. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
- Vega Fuente, A. y Lacoste Marín, J.A. (1995). *Niños y adolescentes y SIDA: Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, F. y Góngora-Biachi, R. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una

- universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, 157-168.
- Vihn, D. T. N., Raguin, G. L., Thebaud, Y., Semaille, C. y Tri, L. D. (2003). Knowledge, attitudes, belief and practice related to HIV/AIDS among youngpeople in Ho Chi Minh City, Vietman. *European Journal of Epidemiology*, 18, 835-836.
- Vinacia, S., Quiceno, J., Gaviria, M. y Soto, A.M. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por Vih/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 5, 39-50.