



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

con Acreditación
Institucional
de Alta Calidad
por **8** años

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES FRENTE A
ASPECTOS ASOCIADOS AL VIH/SIDA EN UN GRUPO DE JOVENES
UNIVERSITARIOS

AUTORES

CHRISTHIAN TABARES HERNÁNDEZ
MARTHA LUCIA RIAÑO MACIAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 02 DE FEBRERO DE 2018

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES FRENTE A
ASPECTOS ASOCIADOS AL VIH/SIDA EN UN GRUPO DE JOVENES
UNIVERSITARIOS

AUTORES

CHRISTHIAN TABARES HERNÁNDEZ
MARTHA LUCIA RIAÑO MACIAS

DIRECTORA:
PAULA ANDREA HOYOS HERNÁNDEZ
MAGISTER EN FAMILIA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 02 DE FEBRERO DE 2018

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

ACEPTADA

Paula Andrea Hoyos Hernández
PAULA ANDREA HOYOS HERNÁNDEZ
Director Trabajo de Grado

Laura Valderrama Orbegozo
LAURA VALDERRAMA ORBEGOZO
Jurado

Diego Emiro Correa Sánchez
DIEGO EMIRO CORREA SÁNCHEZ
Jurado

Santiago de Cali, febrero 2 de 2018

DEDICATORIA

Todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo de mi familia, Alejandro, Samantha y Roger que son los que día a día de manera amorosa y comprensiva, sacrifican momentos de compartir en familia por apoyarme en mi proceso; además, porque se constituyen en mi principal motivación para perseverar en mis metas sin importar lo difícil que sea el camino, por eso, este logro se lo dedico a ellos.

Martha Lucia Riaño M

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios, que nos da las facultades, la salud, el tiempo y las condiciones necesarias para lograr nuestras metas. A la universidad Javeriana por contar con un excelente grupo de docentes que se destacan no solo por su desempeño académico sino por su calidad humana. Además, por abrir sus puertas a muchas personas con deseos de superación como nosotros, próximos maestrantes.

A nuestra coordinadora académica y asesora de tesis Paula Andrea Hoyos Hernández, por su dedicación, esmero, paciencia y sobre todo por su entrega, su compromiso y por todas las palabras de aliento que nos ofreció en cada momento, con su frecuente frase “si se puede”. Te recordaremos con mucho aprecio, que Dios te bendiga en toda tu gran labor.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	1
Método	35
Diseño de la investigación	35
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	36
Variables	36
Validación	40
Prueba piloto	41
Tratamiento de los resultados	41
Procedimiento	41
<i>Fase 0. Articulación proyecto Macro</i>	41
<i>Fase 1. Revisión sistemática.</i>	42
<i>Fase 2. Acercamiento a la institución para el contacto con los participantes</i>	42
<i>Fase 3. Recolección de datos</i>	42
<i>Fase 4. Sistematización y análisis de la información</i>	43
<i>Fase 5. Desarrollo final del documento y socialización de la experiencia</i>	43
Consideraciones éticas	44
Resultados	45
Discusión	60
Referencias	84
Anexos	

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción de variables de investigación.....	37
Tabla 2. Dimensiones e ítems asociados.....	39
Tabla 3. Dimensiones, ítems asociados y confiabilidad.....	40
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra.....	45
Tabla 5. Información sobre prevención del VIH, diferenciada por sexo.....	47
Tabla 6. Conocimientos de los participantes sobre el VIH.....	48
Tabla 7. Media, mediana, desviación estándar y varianza de conocimientos de los participantes sobre el VIH.....	50
Tabla 8. Nivel de conocimientos de los participantes sobre el VIH, diferenciado por sexo.....	51
Tabla 9. Tipo de actitud de los participantes hacia el VIH, diferenciado por sexo..	52
Tabla 10. Actitud hacia el uso del preservativo.....	53
Tabla 11. Tipo de actitud hacia el uso del preservativo.....	54
Tabla 12. Tipo de actitud de los participantes hacia la prueba diagnóstica del VIH..	56
Tabla 13. Tipo de actitud de los participantes hacia el VIH, diferenciado por sexo.....	56
Tabla 14. Estadísticos de la prueba t relacionando actitudes con conocimiento alto y bajo.....	57
Tabla 15. Estadísticos de la prueba de chi cuadrado del cruce entre las variables de CA Y CB con las dimensiones de actitudes.....	58
Tabla 16. Correlación de Pearson entre conocimientos y actitudes.....	59

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Fuentes de información sobre prevención del VIH.....	47
Gráfica 2. Tipo de actitudes de los participantes hacia las personas con VIH.....	55
Gráfica 3. Acciones en pro de disminuir la infección por VIH-Sida en Colombia en los últimos 18 años.....	75

Lista de Anexos

Anexo 1. Cuestionario General

Anexo 2. Instrumento VIH/Sida 65

Anexo 3. Escala de actitudes VIH/Sida

Anexo 4. Consentimiento Informado

Anexo 5. Protocolo de Investigación

Resumen

Objetivo: esta investigación buscó identificar la relación entre los conocimientos y las actitudes frente aspectos asociados al VIH/Sida en un grupo de adolescentes universitarios entre los 18 y 22 años, en una universidad de la ciudad de Cali.

Método: se contó con la participación 1057 estudiantes de las diversas facultades que contaran con los criterios de inclusión como ser colombiano y estar adscrito a uno de los programas académicos de pregrado de la universidad privada. Estudio cuantitativo de alcance correlacional, la información se recolecto por medio de dos cuestionarios: VIH-Sida 65 el cual evalúa conocimientos acerca de VIH y el cuestionario de Actitudes hacia aspectos relacionados con VIH-Sida. Los datos fueron organizados por medio del programa estadístico SPSS y analizados por los investigadores a través de las pruebas estadísticas T student, Chi cuadrado y Correlación de Pearson.

Resultados: en los adolescentes se evidencia un nivel medio en cuanto a conocimientos correctos sobre VIH-Sida y se sigue presentando un alto porcentaje de estigma y discriminación asociado a las personas con VIH. Aunque se han realizado muchas propuestas para disminuir la transmisión del virus, aun es necesario que se siga fortaleciendo la intervención a nivel social y comunitario, que incluya a la población que aún no se encuentra infectada a fin de fomentar en ellos conductas saludables, además de incrementar las estrategias de promoción de la salud en el tema de prácticas sexuales seguras. Aunque el conocimiento no es el único aspecto que incide en que los jóvenes tengan prácticas sexuales seguras, si es uno de los facilitares del cambio y de transformación de actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH.

Conclusiones: impartir conocimientos correctos sobre VIH y sexualidad en las universidades, sigue siendo una herramienta esencial en la prevención de VIH, donde se debe involucrar a la familia y a las comunidades para generar un mayor impacto, desde un enfoque más social, en función de acciones pro-salud, y no, simplemente basados en la enfermedad.

Palabras clave: VIH, Sida, Conocimientos, Actitudes

Introducción

A pesar de los grandes avances logrados en cuanto a la prevención y tratamiento de lo que se ha denominado una de las enfermedades infecciosas más mortíferas a escala mundial (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2010), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública según lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a).

El VIH, es el retrovirus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el cual ingresa al organismo y ataca en forma selectiva a los linfocitos ayudadores (los cuales poseen receptores CD4, a los cuales se adhiere el virus, destruyendo la célula y causando un deterioro progresivo del sistema inmunológico) y como consecuencia se produce el debilitamiento del sistema inmunológico, lo cual conlleva a una mayor sensibilidad a padecer infecciones y diversas enfermedades (OMS, 2017a).

Cuando el virus disminuye la capacidad que tiene el sistema inmunológico de proteger al cuerpo humano de organismos patógenos, se provoca una menor capacidad para combatir enfermedades; por tal razón, no es el virus el que puede llevar a la muerte a una persona, sino las enfermedades que pueden adquirirse o desarrollarse como producto de una baja significativa en el sistema inmunológico, momento en el cual podría presentarse alguna de las infecciones llamadas “oportunistas” (denominadas así porque se manifiestan con frecuencia en personas que adquirieron el virus), y generar el desarrollo del Sida (OMS, 2017a).

Desde el comienzo de la epidemia en la década de los ochenta hasta el año 2015, 35 millones [29,6–40,8 millones] de personas han fallecido por esta causa y 78 millones [69,5 millones–87,6 millones] de personas han adquirido la infección. Se estima que un aproximado de 36,7 millones [34 millones–39,8 millones] de personas en todo el mundo viven con el VIH de las cuales 2,1 millones de personas contrajeron la infección durante el año 2015, año en el cual 1,1 millón [940 000–1,3 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el Sida

(ONUSIDA, 2016a). Cada año, se registran 100.000 nuevos casos de personas que adquieren el virus y 50.000 pierden la vida a causa del Sida. Entre el año 2000 y 2015, las nuevas infecciones se redujeron en un 25% y las muertes en un 23%. Sin embargo, en los últimos cinco años, se registró un leve incremento de casos (0,7%), especialmente en los hombres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016). África Subsahariana, es la región más afectada por el VIH en el mundo, en esta zona, otros grupos poblacionales también afectados por la epidemia son los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, las personas transgénero y personas privadas de la libertad. Además, existe una alta probabilidad que estos grupos tengan barreras para acceder a servicios esenciales en salud que les permita tratar el VIH (OMS 2016b).

Aunque, en general, las morbimortalidades son bajas durante la adolescencia, entre las principales causas de mortalidad de jóvenes de 15 a 24 años se encuentran las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se encuentra la infección por el VIH/Sida. Se estima que de todas las defunciones el 47% se atribuye a enfermedades infecciosas y parasitarias en jóvenes de 15 a 29 años en América; de esta cifra, el 67% correspondió a hombres jóvenes y el 33% a mujeres jóvenes. En el año 2006, el 20% de los casos de infección por el VIH diagnosticados y notificados en América corresponden a jóvenes de 15–24 años (OPS, 2010). Las mujeres jóvenes son vulnerables en este rango de edad, por ejemplo, en África meridional las niñas entre 15 y 19 años representaban el 90% de todas las nuevas infecciones por el VIH y en el África oriental, entre los 10-19 años representa el 74% de nuevas infecciones. Desde el 2010 hasta el 2015, el número de nuevas infecciones por el VIH en el mundo en mujeres que se encuentran entre los 15 y 24 años se redujo tan solo un 6% y para alcanzar el objetivo propuesto de menos de 100.000 nuevas infecciones en adolescentes y mujeres jóvenes para el año 2020, se requerirá una reducción del 74% en los cuatro años comprendidos entre 2016 y 2020 (ONUSIDA, 2016b).

El Sida es hoy la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años en África, y la segunda más común entre los adolescentes en todo el

mundo, aspectos como la desigualdad, la discriminación y la violencia por aspectos de género son algunos de los factores que exponen a los jóvenes a un mayor riesgo, el derecho de las adolescentes a la intimidad y a la autonomía corporal con frecuencia no se respeta; muchas de ellas informan que su primera experiencia sexual fue forzada, algo que agudiza la situación y contribuye a la propagación del VIH en mujeres jóvenes en edad reproductiva (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2016). En algunos países la primera relación sexual de mujeres ha sido forzada, en Japón por ejemplo es del 1%, el 30% en zonas rurales de Bangladesh y en Lima Perú fue del 40%, cuatro veces más alto que en los hombres 11% (OMS, 2013).

Se han identificado diversos factores que inciden en la propagación del virus; por ejemplo, en Colombia en un estudio realizado en el año 2013 sobre violencia de género, se evidencia que el porcentaje para el año 2000 de mujeres violadas fue del 6,7%, para el 2005 fue de 6.5% y para el año 2010 fue del 5.8%; siendo el promedio de edad de ocurrencia de los hechos a los 16,5 años (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013a). En una encuesta realizada en Sudáfrica, revela que más de 1 de cada 5 hombres afirmaron haber violado a una mujer que no era su pareja, mientras que 1 de cada 7 hombres manifestó que había violado a su actual o anterior pareja. En África Subsahariana en el año 2009 en una muestra de 1242 niñas y mujeres de 13-24 años, se encontró que el 32,2% manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual antes de los 18 años (OMS, 2013).

Además de la violencia sexual, comportamientos de alto riesgo como relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras sustancias, constituyen las principales causas de transmisión del VIH. Respecto a las prácticas sexuales y al uso del preservativo en adolescentes, de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el año 2011 en México, el 56.6% de las mujeres, así como el 29.6% de los hombres no utilizaron condón ni algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (Amador, Uribe, Villarreal, Zacarías, 2012). El panorama no cambia mucho en otros países, en Cali Colombia en un estudio realizado con una muestra de 197 estudiantes universitarios

se evidenció que solo el 52,8% utilizaron el preservativo durante la primera relación sexual, disminuyendo al 47,7% su uso en la última relación sexual, presentándose además otras conductas como el uso de la píldora del día después 28,4% de las adolescentes, no uso del preservativo en relación sexual bucogenital 60,9%, y anal en un 21,3% (Orcasita y Uribe, 2009). Así mismo, se calcula que, en promedio, una de cada diez infecciones nuevas por VIH es causada por el consumo de drogas inyectables como la heroína, las anfetaminas o la cocaína; pero en algunos países de Europa oriental y Asia central más del 80% de las infecciones por VIH están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2017b).

Tan solo en Colombia, desde el año de 1985 hasta el 2012 se reportaron un total 95.187 casos entre infección por VIH/Sida y muerte relacionada con esta misma causa. Para el año 2012 ingresaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) un total de 8.196 nuevos casos, de estos 5.914 (72,2%) fueron hombres y 2.282 (27,8%) mujeres; el 98,5% correspondió al mecanismo de transmisión sexual (MSPS, 2013b). En este mismo año, el total de personas viviendo con VIH es de 37.325 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2014); cifra que se incrementa en los siguientes años obteniendo como resultado 46.348 casos para el 2014 y 53.408 en el año 2015. En lo que ha corrido del año 2017 al momento de iniciar esta investigación se han notificado al SIVIGILA 1.383 nuevos casos de infección lo cual equivale a 295 casos de VIH/Sida tan solo en la semana epidemiológica número 07, esta cifra no resulta muy alentadora si se tiene en cuenta que en el año 2016 se notificaron 283 nuevos casos en la misma semana (Instituto Nacional de Salud, 2017). Los departamentos donde más se presentan estos casos son: Antioquia, Valle, Meta, Norte de Santander y Bolívar.

En el Valle del Cauca, para el año 2011 la incidencia de casos notificados de VIH/Sida y muerte fue de 21,95% por cada cien mil habitantes, pero en el año 2012 lejos de disminuir la cifra se incrementó al 24,4% quedando por encima del porcentaje nacional del 17,6% (MSPS, 2013b). Para el año 2017, el BES (Boletín Epidemiológico en Salud) informa que el departamento del Valle del Cauca se encuentra dentro de los primeros cuatro departamentos en presentar mayor número de casos reportados por VIH con un porcentaje del 4,9% sobre el porcentaje

nacional, seguido en orden descendente de Córdoba y Norte de Santander con porcentajes del 4.9 y 3.7 respectivamente (Instituto Nacional de Salud, 2017).

Por su parte en la capital del Valle del Cauca, Santiago de Cali, se registran cerca de 15 mil personas infectadas entre sintomáticos y asintomáticos en el año 2010. Para el año 2011, hasta la semana 52 se notificaron 442 casos de VIH, 119 casos de SIDA y 52 fallecimientos relacionados con esta enfermedad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existe un número significativo de casos que no están siendo notificados (Alcaldía de Santiago de Cali, Plan de desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012 - 2015). Para el año en curso (2017) se han notificado hasta la semana epidemiológica número 4, un total de 69 casos al SIVIGILA; de los cuales el 85.5% son residentes permanentes del municipio de Cali y el 91,5% están en estadio VIH, solo un 3.4% en estadio SIDA y el 5,1% son muertes asociadas al VIH/Sida (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2017).

Considerando entonces, el impacto negativo que tiene el VIH/Sida en la salud de las poblaciones de diversos países, la Asamblea Mundial de la Salud número 69 realizada en Ginebra en mayo de 2016, aprobó una nueva estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH para el periodo 2016-2021. Dentro de las medidas estratégicas que deberán adoptar tanto los países como la OMS en el curso de los próximos cinco años, se establece que cada uno tiene como objetivo acelerar e intensificar la respuesta del sector de la salud para seguir avanzando hacia una estrategia eficaz contra el VIH, en donde se cumplan los objetivos de incrementar aún más el acceso a la terapia antirretroviral para todas las personas que viven con el VIH, ampliar y fortalecer los programas de prevención y la realización de pruebas de detección. Se espera que para el año 2020 las muertes relacionadas con el VIH a nivel mundial estén por debajo de 500.000 igualmente la disminución de nuevas infecciones de VIH tanto en adultos como en recién nacidos (OMS, 2016a).

De tal manera, los programas de VIH deben ser más efectivos, deben llegar a más personas con mayor prontitud e incluir el abordaje de temas sociales y estructurales que impiden que las personas accedan a los servicios. La movilización socio comunitaria mejorará el acceso a las pruebas de VIH y a los servicios de prevención y tratamiento, como también promoverá el cumplimiento de los mismos.

Además, la articulación con otros sectores de desarrollo incluida la educación, la salud, la protección social y la igualdad de género, ayudarán a mejorar los resultados del VIH (ONUSIDA, 2014).

Por consiguiente, uno de los propósitos de América para lograr mitigar las dificultades de salud de los jóvenes, consiste en abordar una de las problemáticas más influyentes del continente: el VIH/Sida, que tiene como meta ambiciosa, reducir en un 74% los casos nuevos de VIH para 2020 y disminuir en un 62% las muertes relacionadas con Sida en la región, lo que trazará el camino para el fin de la epidemia en el año 2030. La OPS y sus países miembros acordaron este año un nuevo plan para avanzar en ese camino (OPS, 2016).

Todas las estrategias mencionadas previamente, deben apuntar a suplir la necesidad de impartir información que busque difundir las formas de prevención del VIH, sobre todo en la población joven. De acuerdo con la proyección del Sistema Nacional de Información en Juventud y Adolescencia en Colombia, en el país hay un total de 12,5 millones de jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 28 años, de los cuales 1.172.579 habitan en el departamento del Valle del Cauca. Una campaña educativa dirigida a esta población debería abordar temas como los métodos existentes para prevenir la transmisión del VIH y la realización de pruebas de detección, con el fin de lograr reducir drásticamente el número de nuevas infecciones y de muertes relacionadas con este virus (MSPS, 2015).

De modo que, una de las poblaciones prioritarias a intervenir son la población joven incluidos los adolescentes, debido a que ellos han sido protagonistas en la problemática del VIH/Sida a nivel mundial, se calcula que en 2015 murieron 1,2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables (OMS, 2017d). Además, se estima que la incidencia y prevalencia de transmisión del virus en esta población se relaciona con diversas causas, tales como: conductas sexuales de riesgo como el no uso del preservativo, tener relaciones sexuales con personas que se dedican al trabajo sexual, baja percepción de riesgo de adquirir el virus, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (Bermúdez y Teva-Alvarez, 2003; OMS, 2016c; Matsuoka et al., 2003).

Por tanto, resulta esencial comprender la adolescencia desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta que la adolescencia y la juventud se han definido desde diferentes perspectivas y autores, con alguna variación en cuanto al rango de edad implicado en estas etapas. Hall (1904) expone una amplia concepción de la adolescencia desde lo psicológico, lo sociológico, y hasta lo antropológico, considerando la adolescencia como el periodo de tiempo que transcurre entre los 14 y 24 años. Por otro lado, según la American Academy of Pediatrics (AAP) la adolescencia comprende el rango de edad de los 11 - 21 años, considerando la adolescencia temprana de los 11 -14, adolescencia media de los 15 - 17 y la adolescencia tardía de los 18 - 21. Esta concepción de la adolescencia, hace énfasis en cambios psicológicos y fisiológicos tales como, el desarrollo del pensamiento concreto, abstracto y futuro, cambios rápidos del cuerpo, construcción de la identidad sexual, independencia de los padres, búsqueda de la intimidad, cambios sociales tales como, búsqueda de aprobación de pares, inicio de la emancipación emocional, la transición hacia la imitación de modelos externos diferentes a sus padres, participación en actividades extracurriculares, transición a una educación superior, carrera, matrimonio y ocupaciones (AAP, 2008).

Igualmente, otros autores (Nienstein y Steinberg como se citó en Curtis, 2015), plantean que la adolescencia va hasta los 20 y/o 24 años de edad, dentro de un proceso caracterizado por un sin número de modificaciones físicas, hormonales, sociales, emocionales y psicológicas propios de esta etapa, cambios biológicos, como el desarrollo de las características sexuales secundarias, crecimiento de masa ósea y muscular, maduración de la gónadas y glándulas suprarrenales, desarrollo de los órganos internos y órganos reproductores entre otros, convirtiéndose estos en detonadores transversales que aumentan la participación en conductas de riesgo que pueden propiciar la adquisición de VIH/Sida.(Hidalgo y González-Fierro, 2014; OMS, 2017c; Curtis, 2015; Gaete, 2015). Sin embargo, para la presente investigación se ha tomado como referente principal de juventud, el rango de edad comprendido entre los 15 - 24 años, presentado por la OMS (2006), dentro de su revisión sistemática para la prevención del VIH/Sida en jóvenes, debido a que esta población ha sido a nivel mundial, las más afectada por el virus. Así mismo, la OMS

define la adolescencia entre los 10 - 19 años, catalogando este, como un rango de edad que debe recibir especial atención en materia de salud, debido a que el VIH es ahora la segunda causa de muerte en adolescentes (OMS, 2014).

Según estudios realizados por Piaget, durante este momento del ciclo vital sucede la transición del pensamiento concreto al abstracto o formal, en este momento, el adolescente pasa de ser un pensador que procesa información acerca de las cosas que conoce o con las cuales ha tenido contacto directo, a ser un pensador abstracto, que puede imaginar, crear o visualizar cosas que nunca ha experimentado, pasando desde lo objetivo a lo relativo, esta transición les permitirá mejorar la resolución de sus problemas, participar en sociedad y tomar una posición crítica frente a su entorno, logrando así un razonamiento hipotético-deductivo (Gaete, 2015; Piaget como se citó en Curtis, 2015).

En este proceso de construcción cognitiva el componente social en el desarrollo del adolescente también cumple un papel importante, para Erikson los roles que cumple socialmente el adolescente generan un impacto significativo en su desarrollo personal, propiciando la construcción del Yo (identidad) en relación con su entorno y la sociedad en la cual está inmerso, una de estas relaciones, como la experimentación sexual y las actividades de riesgo hacen parte de sus comportamientos, como parte del proceso de búsqueda de identidad. En Estados Unidos, por ejemplo, en las escuelas secundarias la mitad de los adolescentes (48,6%) que cursan últimos grados han tenido relaciones sexuales, tales comportamientos tal vez podrían atribuirse al proceso de transición biopsicosocial por el cual pasan los adolescentes (Gaete, 2015; *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2015; Erikson como se citó en Curtis, 2015).

También Kohlberg, refiere que el proceso y construcción de moralidad en los adolescentes impacta en el proceso de identidad, pasando del nivel preconventional al convencional, el primero ocurre en la niñez donde las decisiones morales son egocéntricas, hedónicas, en el temor al castigo, en función de las recompensas, y el segundo nivel ocurre en la adolescencia, la cual está en función de la satisfacción de las expectativas sociales, del cumplimiento de las normas sociales, en relación con la leyes y la autoridad, incluyendo más moralidad del

sistema social (Kohlberg como se citó en Gaete, 2015). En esta etapa de transformación y vicisitudes es pertinente el desarrollo y ejecución de programas en función de la prevención del VIH/Sida, es la etapa adecuada para informar y generar reflexión sobre el virus, lo que puede ser determinante para fortalecer los factores de protección en la adultez.

Se ha evidenciado que principalmente en los adolescentes, la ausencia de información clara sobre el VIH y la diferencia entre este y el SIDA, es uno de los obstáculos más importantes para lograr disminuir el número de nuevos casos positivos, que según encuestas efectuadas por la OMS como se citó en Velásquez y Bedoya (2010) en cuarenta países, indican que más del 50% de los jóvenes tienen concepciones erróneas acerca de la forma en cómo se transmite el VIH, y no creen correr el riesgo de contraerlo.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana [Profamilia], 2010) realizada en Colombia, el conocimiento comprensivo del Sida, aborda algunos temas en los adolescentes como: ¿Sabe que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH usando el condón durante todas las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel?, ¿Sabe que una persona que luce saludable puede tener el virus del VIH? y ¿Conoce las ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH?. A estos y otros cuestionamientos se enfrentaron algunos adolescentes y se evidencia que las mujeres entre 15 a 24 años, sólo el 28% tienen un conocimiento comprensivo del VIH/Sida. Existen también diversas condiciones de favorabilidad en algunas poblaciones colombianas más que otras, por ejemplo, el conocimiento comprensivo es mayor entre las jóvenes de 20 a 24 años, las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales, las de la zona urbana y las de Bogotá. Además, el conocimiento comprensivo del VIH/Sida es mayor a medida que aumenta el nivel educativo. Mientras que en las mujeres sin educación el nivel de conocimiento es de 8%, y entre las que tienen nivel superior llega a 42%.

Al no existir información clara en los jóvenes sobre las posibles formas de transmisión, y una falsa sensación de inmunidad frente a la posibilidad de adquirir el virus, las conductas de riesgo seguirán presentándose con la consecuente

propagación del virus. Considerando lo anterior, el primer paso para prevenir la infección de VIH es educar sobre: qué es VIH, y qué no es el VIH/Sida, cuáles son las formas de prevención de la enfermedad, y la posibilidad real de adquirir el virus de acuerdo con la prevalencia y exposición al riesgo. Siendo coherentes con el estudio de Espada et al. (2014), evaluar el grado de conocimiento sobre VIH/Sida y otras ITS permite detectar poblaciones con mayor vulnerabilidad a presentar conductas sexuales de riesgo y facilita evaluar la pertinencia de los programas de prevención, siendo los módulos de información fundamentales para estas intervenciones.

Además de los conocimientos, las actitudes de los adolescentes hacia aspectos relacionados con el VIH, tales como actitudes negativas hacia los preservativos, hacia prácticas sexuales de riesgo, hacia las personas con VIH/Sida o actitudes frente a la infección por VIH, los cuales se constituyen en factores de riesgo psicosocial para la infección por VIH/Sida (Uribe, 2005; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara, 2009). Por ejemplo, se ha encontrado que el uso del condón en los adolescentes será más probable con una pareja ocasional que con una pareja estable, pero esto comienza a disminuir con el paso del tiempo y a medida que empieza a conocer a su pareja. Teniendo en cuenta esto, las actitudes de los adolescentes en cuanto al uso del condón resultan frecuentemente impredecibles debido a que lo usan de forma ocasional o en situaciones no planeadas (Robles, Piña y Moreno, 2006). Existe, además, la creencia generalizada, especialmente en los hombres de que el uso del condón disminuye el placer sexual, lo cual conlleva a una actitud negativa hacia su uso que se verá reflejada en sus prácticas. Por otra parte, las actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad y adquisición de las enfermedades de transmisión sexual varían por diversos factores como son su cultura, creencias religiosas, nivel educativo, la relación afectiva con sus padres o la edad (Libreros, Fuentes y Pérez, 2008).

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio define la siguiente pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los conocimientos y las actitudes frente aspectos asociados al VIH/Sida en un grupo de adolescentes de una universidad de la ciudad de Cali?, para dar respuesta a este interrogante, la investigación tiene

como objetivo general: Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes frente aspectos asociados al VIH/Sida en un grupo de adolescentes de una universidad de la ciudad de Cali. Por consiguiente, se pretenden desarrollar los objetivos específicos que permitirán abordar y dar respuesta a la intención de este estudio, los cuales lograrán determinar los conocimientos que tienen los adolescentes de una universidad de la ciudad de Cali sobre el VIH/Sida, por otro lado, describir las actitudes que tienen estos adolescentes hacia aspectos relacionados con el VIH/Sida, y, por último, establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia relaciones sexuales seguras, hacia las personas con VIH, hacia el uso del preservativo y la prueba diagnóstica del VIH.

Así mismo, esta investigación plantea la siguiente hipótesis: a mayor conocimiento correcto sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/Sida, los jóvenes presentarán actitudes favorables hacia relaciones sexuales seguras, el uso del condón, la realización de la prueba diagnóstica y las personas diagnosticadas con VIH/Sida.

Por tal motivo, se efectuó una revisión empírica y teórica para conocer a profundidad los estudios realizados con respecto a los conocimientos y las actitudes en adolescentes sobre VIH/Sida, tanto en Colombia como en otros países que cuentan con un interés similar.

En un estudio realizado en el Centro Universitario Regional de Chontales de la UNAN en Managua (Nicaragua), con 672 estudiantes entre 24 y 50 años de edad de diferentes programas de pregrado, donde se evidencia que el 17% de los y las estudiantes tienen un nivel de conocimiento bajo, casi nulo frente a las características del VIH, por ejemplo, el 35% piensa que toda persona con VIH tiene Sida y el 78% considera que el Sida es una enfermedad terminal, por lo cual no perciben la importancia de hacerse la prueba diagnóstica del VIH (Cobos-Sanchiz, López- Noguero y Reyes-Costales, 2014). No obstante, se estima que el conocimiento no es el único obstáculo frente a la enfermedad, las actitudes y las prácticas de riesgo también son un factor predisponente. Según Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra (2003) en un estudio realizado con 758 adolescentes entre los 15-19 años de edad en la ciudad de Guadalajara México, en cuatro estratos (Alto,

medio, bajo y marginado), se evidenció que los conocimientos sobre el Sida no siempre tienen una relación con prácticas saludables ni con la modificación de conductas de riesgo.

Del mismo modo, en el estudio ya mencionado realizado en Managua-Nicaragua, indica que el 59% de los estudiantes manifestó no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, lo que demuestra que la adolescencia sigue siendo un grupo de riesgo donde la enfermedad sigue creciendo de forma alarmante. Solo el 75% de estudiantes saben que la enfermedad se transmite mediante relaciones sexuales donde existe contacto directo con semen y/o fluidos vaginales, en las que no se utilizan los medios de protección adecuados. Sin embargo, el resto de las vías de transmisión son bastante desconocidas, sólo el 14,57% de los estudiantes saben que es posible la transmisión por transfusión sanguínea en determinados contextos donde los protocolos de bioseguridad pueden no aplicarse adecuadamente (Cobos-Sanchiz et al., 2014).

Con respecto al conocimiento sobre VIH/Sida, en un estudio realizado con estudiantes (971) de escuelas secundarias entre los 14-21 años de edad en Portugal, mostró como resultado que los adolescentes con altos niveles de autoestima y alto concepto de sí mismo (autoconcepto), tienen un mayor conocimiento sobre VIH/Sida, mientras que los que tienen baja autoestima y bajo autoconcepto son personas con menor conocimiento en VIH/Sida. Entre las actitudes y comportamientos relacionados con la baja autoestima y el autoconcepto se encuentran también las conductas de riesgo entre los que se destaca el no uso o uso inconsistente de condones durante las relaciones sexuales (Ferreira, Bento, Chaves y Duarte, 2014).

Por otro lado, los adolescentes se consideran poco vulnerables o susceptibles de adquirir la enfermedad, dado a características propias de la etapa en la que se encuentran y a los factores de riesgo a los que están expuestos, como, por ejemplo, pertenecer a una posición social baja, al consumo de sustancias psicoactivas, como también a la falta de información sobre el VIH/Sida, lo cual los hacen más vulnerables para su adquisición. De esta manera, en una investigación realizada en la ciudad de Cali- Colombia con adolescentes entre los 12-18 años de

edad de instituciones educativas del sector privado y público e instituciones de reclusión, se evidenció que los adolescentes varones entre los 14 y 18 años de edad tienen mayor predisposición para contraer el virus, pueden presentar mayor conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección y/o tener diferentes parejas sexuales, mientras que las adolescentes presentan una mayor susceptibilidad frente al VIH/Sida y se perciben más auto eficaces para lograr una prevención que las aleje de la exposición de riesgo, por tal razón, podrían tener menor predisposición para su adquisición. Aunque estas percepciones tan subjetivas no garantizan el cambio de conductas de riesgo, pueden ser excelentes predictores para fortalecer el autocuidado en aquellos o aquellas que se sienten amenazados (Uribe, Vergara y Barona, 2009).

En otra investigación realizada en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid España, en 269 estudiantes con edades entre los 18 y 25 años sexualmente activos, se observa que la percepción de invulnerabilidad de adquirir una ETS o VIH/Sida, es alta, se presentó en más de 200 estudiantes, de los cuales, el porcentaje más alto se encuentra en mujeres con un 73,2%, y en hombres un 66,2%. Esta sensación de invulnerabilidad hace que los adolescentes se expongan más a las conductas de riesgo, destacándose en este estudio la ausencia o escaso uso del preservativo en las relaciones sexuales, superando en proporción significativa las mujeres a los hombres. Estos valores pueden explicarse por la utilización de algunos métodos que resultan ser más prácticos y cómodos para las adolescentes, como la píldora cuando existe una pareja estable, la sensación de seguridad en relaciones sexuales románticas y la idea de evitar un embarazo no deseado, dejando de lado el concepto de prevención de ETS y VIH/Sida. En este estudio la percepción de SIDA por parte de los adolescentes está asociada a personas infieles, consumidores de sustancias psicoactivas, personas que ejercen trabajos sexuales, imprudentes, sucios, enfermos, peligrosos y promiscuos. En una Investigación realizada en Malawi país ubicado en el continente africano, con 7910 estudiantes de secundaria con edad promedio de 16 años, también se evidenció que los adolescentes hombres son más susceptibles de adquirir el virus que las adolescentes mujeres, estas percepciones de riesgo de infección por VIH/Sida muestra el estudio que también están

influenciadas por sus compañeros (Rojas-Murcia, Pastor y Hernández, 2015; Kim, 2016).

Resulta interesante el hecho de que un estudio realizado en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid es coherente con los resultados encontrados en una Investigación realizada en Puerto Rico, con padres, madres y adolescentes, estos últimos entre los 13-17 años de edad; a pesar de ser dos poblaciones diferentes a nivel social y cultural, un gran porcentaje de adolescentes encuestados en estos dos países, relacionan el VIH/Sida con grupos estigmatizados como las personas consumidoras de drogas y homosexuales; lo cual podría indicarnos actitudes generalizadas frente al contagio con VIH entre la población juvenil aun en diferentes culturas. Esta percepción hace que los y las adolescentes depositen en otros grupos la posibilidad de adquirir la enfermedad, desvinculándose de toda responsabilidad de infección y propagación, esto hace que no la perciben como amenazante; lo que impide que tomen medidas y conductas preventivas y protectoras para evitar ser VIH positivo (Rosado et al., 2016). Estas conductas de riesgo se evidencian también en un estudio realizado en el mismo país, donde solo el 35% de los/las adolescentes entre 13 y 19 años, utiliza condones durante las prácticas sexuales considerando que la totalidad reportó tener conocimientos sobre el VIH/Sida y los métodos de protección (Rosado et al., 2016).

En otro estudio realizado con 1658 adolescentes afroamericanos entre 13-18 años de edad, de organizaciones comunitarias en dos ciudades del noreste (Providence y Syracuse) y sureste (Columbia y Macon) de Estados Unidos, se evidencia que el mayor conocimiento adquirido sobre sexualidad, uso del condón, ITS y VIH, se asoció a sus vivencias sexuales y por sus pares más experimentados; por tanto, se logra observar que el conocimiento más preciso sobre las formas de transmisión, prevención y comprensión de factores de riesgo lo poseen aquellos que ya tienen VIH, de esta manera, el conocimiento fue limitado entre los afroamericanos en riesgo. Aunque el conocimiento no es el único determinante preciso para predecir conductas de protección frente al VIH/Sida, si se convierte en un factor relevante para mejorar la actitud frente a la salud sexual de los adolescentes (Swenson et al., 2010).

Asimismo, en una investigación realizada con 10587 estudiantes universitarios de Portugal que iniciaron su primera relación sexual a los 16 años de edad, (en otros países la edad media ha sido, 16.3 en España, 14.8 en el Salvador, 14.3 en Perú y Colombia 16.0 años) arroja como resultado que los jóvenes que están bien informados, tienen actitudes positivas frente a la infección por VIH/Sida debido a que tienden a no exponerse a riesgos, mientras que aquellos que poseen menos conocimientos y menos actitudes positivas se expondrán más fácilmente a los riesgos de adquirir ITS y VIH/Sida. Por tanto, se ha evidenciado en diversas ocasiones que el conocimiento solo no basta para adquirir factores protectores, y no garantiza que las personas modifiquen sus comportamientos sexuales de riesgo, debido a esto, es necesario enfocarse también en el cambio de actitudes y adquisición de habilidades; los cuales tienen efectos significativos en prevención. Está investigación también muestra que los hombres tuvieron más conductas de riesgo que las mujeres, las cuales estuvieron asociadas a un mayor número de parejas, consumo de drogas y alcohol (Alves, Gaspar, Ramiro y Reis, 2014; Irala, 2016; Campo-Arias, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete. (2004).

En otros estudios realizados en Perú en el año 2012 con un análisis demográfico realizado a las encuestas aplicadas en 24 departamentos de zonas urbanas y rurales en el año 2011 en 22.517 mujeres entre 15 y 49 años de edad se encuentra que las actitudes positivas frente a las personas infectadas con VIH tienen una estrecha relación con el conocimiento que ellas tienen sobre el virus, esto se encuentra asociado al nivel socioeconómico y la posibilidad de acceder al conocimiento, entre mayor riqueza la persona tiene una mayor posibilidad de acceso a la educación formal, por tal motivo mejor conocimiento y por tanto, mejores actitudes frente a las personas infectadas por VIH. Un estudio similar realizado en Perú en el año 2015 con un análisis demográfico de las encuestas aplicadas entre los años 2004-2007 en 26.093 mujeres entre 15-49 años de edad encuentra que existe relación entre los niveles de conocimiento adecuados, actitudes positivas y prácticas sexuales seguras con un mayor nivel educativo, haber crecido en Lima, tener acceso a los medios de comunicación, mayor nivel socioeconómico, y laborar

como profesional. También es coherente con lo encontrado en una investigación realizada en Etiopía en hombre y mujeres de zonas rurales, la cual concluye que los conocimientos altos en VIH/Sida se asocian con niveles más bajos de actitudes negativas, mientras que conocimientos más bajos tienen relación con actitudes negativas más altas (Becerra-Gonzales et al., 2012; Girma et al., 2014; Pernaz-Linsuy y Cárcamo-Cavagnaro, 2015).

Otra investigación realizada con 95 adolescentes de la Escuela Pública del Distrito Federal en México llega a conclusiones muy similares, definiendo que a mayores conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención sobre VIH/Sida, mejor serán las actitudes ante el virus, disminuyendo las prácticas de riesgo y la estigmatización social ante la enfermedad. En este sentido, estudios realizados en España con 1504 adolescentes escolarizados entre los 14-19 años de edad y en Croacia con 1093 adolescentes entre 18-24 años de edad, concluyen que tener mayores conocimientos sobre el VIH/Sida, permiten tener actitudes positivas frente al uso del preservativo y, por tanto, se convierten en predictores para una mayor probabilidad de uso, reduciendo así, los riesgos de adquirir el virus (Bravo, 2002; Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kufrin y Ajdukovic, 2007; Teva, Bermúdez y Ramiro, 2014).

Otro factor predisponente hallado, que favorece la transmisión del VIH/Sida en los adolescentes, son el abuso físico y sexual al cual puedan ser sometidos/as, como lo demuestra un estudio realizado en zonas rurales y urbanas de Zambia realizado con 3.360 adolescentes escolarizados (2.160) y no escolarizados (1.200), entre los 10 y 19 años de edad el cual arrojó que, a mayor exposición de abuso sexual y físico, el nivel de conocimiento, actitud y autoeficacia frente a la prevención de VIH/Sida disminuye. Por tal motivo abuso sexual y físico se encuentra estrechamente relacionado con conductas de riesgo (Slonim-Nevo y Mukuka, 2007).

De acuerdo a lo anterior y más de 25 investigaciones revisadas como referente para el presente estudio, se encontró que los conocimientos sobre VIH/Sida en adolescentes se han estudiado en más de 18 de ellos, las actitudes

hacia factores de riesgo relacionados con la infección por VIH/Sida en 10; los estudios realizados con población Universitaria se encontraron 8 estudios y 7 en Secundaria (colegios), los demás en población general de diferentes países (Colombia, Argentina, Bangladesh, Uganda, México, Perú, España).

También se halló que las edades constantes en las investigaciones son entre 10-25 años (se evidenció en 17 estudios) y los rangos de edades más frecuentes es entre 15-19 años encontrándose en 5 investigaciones. El método más utilizado para estos estudios son el cuantitativo, descriptivo de corte transversal (se evidenció en 18 estudios), sin embargo, también existen algunos con un alcance mayor, de corte correlacional (evidenciándose en 7 estudios). Por tanto, se ha considerado pertinente para la presente investigación abordar las variables: conocimientos y actitudes en adolescentes universitarios mayores de edad (entre 18 y 22 años) sobre el VIH/Sida, siendo el primer estudio de la región que pretende correlacionar estas dos variables en esta población y en este rango de edad. En los estudios revisados sólo se evidenciaron 2 de alcance descriptivo, en los que se investigaron las dos variables en mención, pero con poblaciones y edades diferentes a las de este estudio (Alves et al., 2014; Bravo, 2002; Stulhofer et al., 2007; Barceló y Navarro, 2013; Becerra-Gonzales et al., 2012; Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003; Cobos-Sanchiz et al., 2014; Cardona, Arboleda y Rosero, 2013; Carratalà, Espada y Orgilès, 2013; Cortes et al., 2014; Espada et al., 2014; Díaz, Cantillo, García, Martínez y Vega, 2014; Girma et al., 2014; Guerrero-Hernández y Ramos González-Serna, 2015; Kamal, 2012; Kaptanoglu, Süer, Dikta y Hinçal, 2013; Silva-Fhon et al., 2014; Patra y Kumar, 2015; Pavía-Ruz et al., 2012; Pernaz-Linsuy y Cárcamo-Cavagnaro, 2015; Rojas-Murcia et al., 2015; Sagarò, Gómez, Moraga, y García, 2014; Teva, Bermúdez y Ramiro, 2014; Uribe et al., 2009; Zelada et al., 2014).

Por lo tanto, consecuentemente con todo el conocimiento encontrado en la revisión de la literatura, cabe explicar que en este estudio el aporte a la brecha de conocimiento fue identificar lo que está sucediendo específicamente en población universitaria en cuanto a conocimiento y prevención de VIH/Sida, porque aunque se han realizado numerosos estudios sobre este mismo tema no se ha realizado un

estudio específico en esta población, la cual se constituye en una franja de edad determinante para la economía y el progreso de Colombia. Así mismo, este estudio a diferencia de los anteriores pretende ir un poco más allá al no quedarse en un alcance puramente exploratorio ni descriptivo, sino pasar al nivel correlacional con el fin de establecer factores que pueden incidir en la posible adquisición del virus en jóvenes universitarios, los cuales nos permitirán tener una mirada amplia de lo que está sucediendo, a fin de lograr resultados claves en la construcción de proyectos de intervención. Se espera que posterior a los hallazgos de esta investigación, ocurran futuras investigaciones de alcance explicativo y que además se logren diseñar e implementar intervenciones eficaces para detener la propagación del virus.

Igualmente, otro aporte que hace al conocimiento la presente investigación es la compilación de información actualizada referente al tema de interés, como también contrastar esto, con lo que se está haciendo actualmente en materia de salud y de prevención del virus. Reflexionar sobre los esfuerzos que se han hecho anteriormente y sobre los hallazgos encontrados en investigaciones anteriores, permite determinar con mayor claridad cuál debe ser el derrotero a seguir para poder lograr disminuir significativamente la trasmisión del virus en Colombia. El ejercicio riguroso de esta investigación realizada servirá de brújula para las próximas intervenciones en materia de prevención del VIH afectando de manera positiva no únicamente a la población de jóvenes universitarios, si no a la población en general, este proceso investigativo permitirá reconocer las fallas de las intervenciones anteriores y mejorar las técnicas y los abordajes en el tema.

Para la presente investigación, se ha determinado que la población con la cual se pretende trabajar debe estar dentro del rango de edades entre los 18 y 22 años de edad, una edad especialmente decisiva debido a que, en este momento de su vida, los estudiantes universitarios se encuentran en la adolescencia tardía, lo cual la convierte en una población con un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, debido a que los jóvenes a esta edad pueden tener mayor número de parejas y pueden practicar mayor sexo casual, que otros jóvenes de menor edad. Así mismo, el hecho de ingresar a la universidad y adquirir la

identificación (la cédula) que lo acredita como mayor de edad en Colombia, permite que el joven pueda tener mayor acceso a grupos sociales y la facilidad de participar más activamente de espacios públicos, como, discotecas, grupos juveniles, bares, conciertos, entre otros (Cardona et al., 2013; Rodríguez, Muñoz, y Sánchez, 2016).

En Colombia, se han realizado algunas investigaciones similares relacionadas con conocimientos y actitudes frente al VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual en las ciudades de Cali (Valle), Caldas (Antioquia) y Cartagena (Bolívar), donde la edad promedio fue de 14, 15 y 18 años respectivamente; para el caso de Cali se encontraron conocimientos erróneos sobre VIH /Sida (media 44.4) los cuales superan a los conocimientos correctos (media 32,88) en una muestra de 222 adolescentes, teniendo en cuenta que en los adolescentes de sexto y séptimo grado el conocimiento correcto fue mayor que en los grados más altos. (Díaz et al., 2014; Uribe et al., 2009; Cardona et al., 2013).

En ciudades como Cartagena, la investigación arrojó un nivel regular de conocimientos (70%, 632 adolescentes, donde la muestra fue de 909) y en Caldas el resultado fue insatisfactorio 58,2% (287 adolescentes, con una muestra de 567).

Con respecto a la actitud el resultado es un poco más alentador, en Cali los resultados del estudio arrojan una actitud positiva frente al VIH/Sida, eso quiere decir que los adolescentes tienen una mayor aceptación ante las personas diagnosticadas, por su parte, en Caldas el resultado fue satisfactorio, especialmente lo relacionado con el señalamiento, la discriminación y la protección. Cabe notar que, en la ciudad de Cartagena sólo se investigó sobre la variable conocimiento, por tanto, los/las investigadores reconocen que el estudio tuvo una limitación, puesto que afirman que estudiar también las actitudes y creencias les hubiese permitido tener más claridad sobre la problemática.

En uno de los estudios (Cali) la susceptibilidad fue estudiada, donde no encontraron diferencias significativas, pero los investigadores afirman que encontraron otros estudios donde se muestra un nivel bajo de susceptibilidad (Di Clemente et al., 2002; Suárez et al., 2006; Vinh et al., 2003; Vinaccia, Quiceno, Gaviria y Soto, 2007 como se citó en Uribe et al., 2009). Por su parte, el estudio realizado en (Caldas) menciona que una actitud satisfactoria en los adolescentes

podría incidir en prácticas sexuales más seguras. (Díaz et al., 2014; Uribe et al., 2009; Cardona et al., 2013).

Algunas otras variables estudiadas en población de adolescentes colombianos son, la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual como predictoras del uso del condón en las relaciones sexuales, estas dos variables se interrelacionan entre sí y son el resultado de procesos cognitivos y de expresión emocional que pueden derivar en una conducta en particular, lo cual podría explicar la intención y la posibilidad de usar un condón en una relación sexual. Otros factores predisponentes para el uso habitual del preservativo son el tener la intención de hacerlo, el uso con la pareja habitual, además ser hombre se asoció con su uso, lo cual se constituye en un factor predisponente y facilitador. Algunos de los reforzadores a esta conducta protectora son ideas tales como: que el condón intensifica el placer debido a la sensación de seguridad, que entre los amigos el condón sea aceptado o que sea visto como el medio habitual (Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón-Vásquez, 2017; Valencia y Canaval, 2012).

Cabe resaltar que a diferencia de lo que se encontró en las investigaciones hasta aquí mencionadas, en las cuales se logra observar que frecuentemente se concentran en las actitudes hacia el uso del preservativo y las personas con VIH, la presente investigación aborda adicionalmente la dimensión de prueba diagnóstica del VIH, siendo coherente con la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 que pretende detectar tempranamente los casos de VIH, pasar del 56.5% en el 2013 al 70% en el 2018, asimismo, el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la atención de casos de VIH/Sida (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

En cuanto a la pertinencia del presente estudio, contribuye de manera directa con los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de Colombia (PNSDSDR) la cual tiene como propósito guiar a los sectores e instituciones nacionales en función de la sexualidad, con enfoque diferencial para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, priorizando a la población entre los 10 a 19 años de edad y la atención e intervención en ITS y VIH/Sida (MSPS, 2014).

Igualmente, con la presente investigación se busca contribuir de forma significativa a los objetivos del Plan Territorial de Salud 2016- 2019 “PASE a la Equidad en Salud” para el departamento del Valle del Cauca (MSPS, 2016a), el cual se encuentra articulado al Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 “La salud en Colombia la construyes tú”; los cuales establecen como prioridad reducir la propagación de VIH en la población colombiana durante los próximos cuatro años, lo cual incluye disminuir la transmisión materno infantil, así como la tasa de morbilidad y mortalidad por esta causa (MSPS, 2016b).

Esta investigación también abordará temas importantes que se mencionan en la guía para personas que viven con VIH/Sida “Cuidar de mi es cuidar de ti” (MSPS, 2012), la cual apunta al “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”. Los temas contemplados en dicha guía serán transversales en el presente estudio tales como, mitos y creencias equivocadas que existen sobre el VIH/sida tanto en las personas que viven con el virus como en quienes los rodean, produciendo sufrimiento psicológico o estigma social, los mecanismos de transmisión del VIH y cuáles no lo son, esto último con el fin de disminuir el estigma y la discriminación a las personas que viven con el virus a fin de reducir acciones negativas que repercuten en las oportunidades de vida de esta población.

Cabe resaltar que la presente investigación hace parte del grupo Salud y Calidad de Vida, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y se ubica en la línea Salud Sexual y Reproductiva. Además, tiene como fin cumplir con los requerimientos de Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, cuyos autores se encuentran vinculados como co-investigadores a la propuesta de investigación “Conocimientos, actitudes, prácticas y significados sociales y culturales asociados al VIH, el SIDA y la realización de la prueba diagnóstica del VIH en adolescentes y jóvenes de Instituciones educativas de la ciudad de Cali”, realizada por el grupo de investigación mencionado anteriormente.

Además, la presente investigación se enmarca en el campo de la Promoción de la Salud, debido a que realiza aportes en esta área. Según los objetivos planteados en la primera Conferencia Internacional de Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000", en la cual se definió que la promoción de la salud consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y así, ejercer un mayor control sobre la misma. Esto mismo se ratificó en la carta de Bangkok, la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. De esta manera, es considerada la educación como una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud (OMS, 2005). Igualmente, dentro de la definición que da la OMS sobre ¿Qué es Promoción de la Salud?, la educación sanitaria se considera uno de los ejes fundamentales, expresados con la siguiente consigna: "Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables (...) que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud" (OMS, 2016d, párr. 4).

En consecuencia, la información impartida a través del presente proyecto contribuye con tal fin, debido a que apunta a identificar los recursos personales tales como los conocimientos y la actitud con los que cuentan los adolescentes, considerando estos como fuentes de salud y bienestar apuntando además a la consecución de estilos de vida saludables.

Los modelos teóricos asociados desde la psicología de la salud que se abordan para la construcción del presente proyecto son el Modelo de Acción Razonada que parte del supuesto que cuando una persona adopta una conducta, esta puede predecirse por sus actitudes hacia ella, sus percepciones acerca de los beneficios y, también, de lo que cree que sus pares, colegas o personas importantes de su entorno opinan sobre ese comportamiento. Las investigaciones de Fishbein y Azjen autores de este modelo afirman que las actitudes de los individuos y de las sociedades son importantes predictores de la acción. Por tal motivo, un aspecto a

tener en cuenta es la valoración inicial de las actitudes de la población objetivo. Este modelo se ha utilizado en repetidas oportunidades para la prevención del VIH/Sida. El modelo también contempla la capacidad que tienen los sujetos en desarrollar y gerenciar su propia conducta (Fishbein y Azjen como se citó en Diez, Juárez y Villamarín, 2005).

El otro modelo utilizado es el Modelo de Creencias en Salud (MCS, Rosenstock, 1974), el cual se considera sumamente oportuno debido a que asume las creencias de las personas influyen directamente en los hábitos que contribuyen a la conservación o por el contrario en el deterioro de la salud. Este modelo ha sido utilizado en diversos estudios que abordan el desarrollo de enfermedades crónicas, con resultados importantes debido a que centra su principal interés en las conductas preventivas que la gente no lleva a cabo como consecuencia de sus creencias.

Los principios elementales que rigen el modelo son: la susceptibilidad o vulnerabilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas (Rosenstock, 1974). En cuanto a la susceptibilidad percibida, el supuesto parte desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, o que asume que estadísticamente no hay probabilidad de enfermar, considerando la enfermedad como una irrealidad y va hasta la sensación de vulnerabilidad percibida en el sujeto que se siente en riesgo de enfermar. De esta manera, esta dimensión hace referencia a “la percepción subjetiva que tiene cada individuo sobre el riesgo de caer enfermo” (Janz y Becker, 1984, p. 2 -3). Un ejemplo de esta primera dimensión de la teoría MCS, sería el adolescente que nunca había contemplado la idea de contraer el VIH y tras participar en una intervención de psicología de la salud, cambia su concepción sobre la posibilidad de adquirir el virus y ahora se percibe a sí mismo como un ser vulnerable a padecerla.

La severidad percibida abarca las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad en donde se implica el reconocimiento de las consecuencias dentro de las cuales está la pérdida de la salud, y sus consecuencias sociales y afectación personal; tales como limitación en actividades que hacen parte esencial de su vida o el desempeño laboral o académico (Moreno y Gil, 2003). Nuevamente, podría ilustrarse con el adolescente que luego de recibir educación

sobre las implicaciones que tiene para la salud contraer el VIH, alcanza a visualizar lo que podría suceder en su vida social (la discriminación por parte de conocidos), amorosa (ruptura de su relación de pareja, abstinencia indefinida), familiar (crisis y distanciamiento de sus seres queridos), laboral (frustración por encontrarse limitado), además de la afectación en sus metas tal vez deportivas o académicas, todo lo que implicaría el llegar a estar en esta condición; resultaría en un elemento disuasorio importante a la hora de realizar alguna conducta de riesgo.

La tercera dimensión del modelo que le imprime fuerza a las dos anteriores es la de los beneficios percibidos. El curso que seguirá la acción del sujeto dependerá de las creencias de la persona sobre la efectividad del tratamiento propuesto. Un ejemplo de ello sería “aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno” (Janz y Becker, 1984, p. 2-3), podríamos complementar esta afirmación, con la idea de que las creencias del sujeto sobre la efectividad del tratamiento están influidas por el grupo social en el cual se encuentra inmerso (Rosenstock, 1974).

La última dimensión del modelo se enfoca en las barreras percibidas, estas serían como los obstáculos que se presentan en la puesta en práctica de la conducta esperada; por ejemplo, un adolescente puede conocer que el uso adecuado del condón es una protección segura para prevenir la infección por VIH, pero puede resultarle incómodo usarlo, costoso, o difícil de conseguir. Estas ideas negativas sobre la conducta de salud funcionan como barreras para la acción y podría intervenir en las anteriores dimensiones (Moreno y Gil, 2003).

Este modelo se considera estratégico para el área de prevención de la enfermedad y también en promoción de la salud, debido a que uno de sus ejes principales es la intervención en comunidades a fin de impactar de forma positiva en sus conductas salutogénicas, tales como tener hábitos de actividad física, comer de forma saludable, tener prácticas adecuadas de higiene, hacer un manejo apropiado del estrés o el uso de métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, se podría decir que todo lo relacionado con el autocuidado, se consideran estilos de vida salutogénicos. No obstante, lo más frecuente en la

población adolescente es que se caracteriza por presentar estilos de vida patogénicos, la salud de la que gozan los jóvenes les brinda una falsa sensación de inmunidad que contribuye a la adopción de hábitos poco saludables tales como el consumo de sustancias psicoactivas, una dieta inadecuada, malos hábitos de sueño, sedentarismo y por supuesto, conductas irresponsables en el ejercicio de la sexualidad (Meda et al., 2004).

Siendo objeto de interés de la presente investigación la variable conocimientos, resulta pertinente considerar la definición encontrada en los descriptores en ciencias de la salud (DeCS, 2017), como el conjunto de verdades o hechos contruidos a través del tiempo, la cantidad de información acumulada, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización y momento cronológico. En lo que concierne a este estudio se busca indagar sobre el proceso cognitivo, o ese conjunto de hechos y verdades contruidos por los adolescentes, en el que se refleja su forma de pensar sobre las formas de transmisión, prevención, detección del VIH y las prácticas de riesgo, como también, de autocuidado sexuales. Debido a que el conocimiento puede impactar de forma significativa en las conductas y las actitudes de los adolescentes, lo cual facilita u obstaculiza el riesgo de contraer el VIH/Sida, se pretende indagar sobre ¿cuál es el nivel de conocimientos acerca de la prevención de VIH en la población?, o más específicamente, ¿existe desconocimiento en los adolescentes, sobre los factores de riesgo para adquirir el VIH?, teniendo en cuenta que la adquisición de conocimientos en torno a este tema puede influir positivamente en las actitudes de los adolescentes y además se pueden generar prácticas sexuales más seguras (Cardona et al., 2013).

Generalmente, la forma cómo el hombre va comprendiendo el mundo en el cual está inmerso o va adquiriendo la suma de sus conocimientos, es a través de la actividad práctica, proceso que está condicionado por la influencia social. De esta manera, el conocimiento que los adolescentes tengan sobre el VIH/Sida, es determinante esencial para prevenir y/o transmitir la enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la trasmisión genera comportamientos generalizados principalmente en la población joven, lo cual conlleva a que tengan prácticas de riesgo, haciendo difícil el diagnóstico y el tratamiento, además de

generar estigma y discriminación (Díaz et al., 2014).

De manera que, la adquisición de conocimientos sobre las formas de transmisión y de prevención del virus, junto a otros temas relacionados; tales como las prácticas de riesgo y de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad, puede impactar positivamente en las actitudes de los adolescentes, y con ello se pueden generar prácticas sexuales más seguras, con lo cual se disminuye el riesgo de contraer el VIH/Sida (Cardona et al., 2013).

Un ejemplo de esto es lo que se estudió en una investigación sobre la relación positiva entre el conocimiento de la enfermedad y el comportamiento de salud de individuos y poblaciones, llegando a la conclusión de que las conductas saludables en las personas dependen en gran medida del tipo y cantidad de conocimientos que estas posean sobre la enfermedad; de esta manera los niveles de información que tenemos de las enfermedades resultan determinantes en cuanto a la prevención de las mismas. Además, los programas que más éxito están teniendo en la prevención contra el SIDA, junto con el tratamiento sanitario que asumen las características del trato personalizado, son los relacionados con conocimientos como aquellos que parten de la transmisión de experiencias e información (Bueno, Madrigal y Mestre, 2005).

Por esta causa, en Colombia una de las estrategias más importantes para prevención del virus, es el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011, el cual apunta a generar en toda la población conocimientos, actitudes y prácticas que promuevan, en cada etapa del ciclo vital, el desarrollo de una sexualidad responsable y satisfactoria (Bueno et al., 2005).

Debido a que el conocimiento sobre la infección por VIH/Sida desempeña un papel esencial en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, puesto que un concepto o idea errónea genera un comportamiento irresponsable, se considera entonces sumamente oportuno abordar las formas de transmisión y de prevención del VIH. En cuanto a las formas de propagación, se puede contraer o transmitir el VIH a través de determinadas actividades, lo más común es que las personas lo contraigan o transmitan a través de sus comportamientos sexuales o con menor frecuencia a través del uso de jeringas o agujas. Debido a que el virus

necesita de un medio acuoso para poder vivir, solamente ciertos líquidos corporales como la sangre, el semen, el líquido pre seminal, las secreciones rectales, las secreciones vaginales y la leche materna de una persona que tiene el VIH pueden transmitir el virus. La infección sucede cuando algunos de estos líquidos entran en contacto con las membranas mucosas ubicadas en el recto, la vagina, el pene y la boca o con tejidos lesionados, o son inyectados directamente al torrente sanguíneo (CDC, 2017).

Debido a esto, los medios más frecuentes de transmisión son: tener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona que tiene el VIH (relaciones sexuales anales receptivas es la práctica más riesgosa para adquirir el VIH, debido a que el recubrimiento del recto es delgado y puede permitir la entrada del VIH al cuerpo durante las relaciones sexuales anales) sin usar condones, compartir con una persona VIH positiva las agujas o jeringas, u otros implementos que se usan para preparar las drogas inyectables, de madre a hijo durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna, chuzarse con una aguja o con otro objeto corto punzante contaminado con el VIH (este es un riesgo principalmente para los trabajadores de la salud), transfusiones de sangre o trasplantes de tejidos u órganos que estén contaminados con el VIH. Algunas formas de transmisión menos frecuentes: las relaciones sexuales buco genital (existiendo riesgo cuando la persona VIH positiva eyacula en la boca de su pareja), besos profundos de boca abierta; solo si las dos personas tienen llagas o encías sangrantes y la sangre de la persona VIH positiva entra al torrente sanguíneo de la persona VIH negativa (INFOSIDA, 2017).

Resulta oportuno aclarar que el VIH no se transmite a través de la saliva, las lágrimas, el sudor, las picaduras de mosquitos, garrapatas u otros insectos. Así que darle un abrazo, darle la mano, compartir el inodoro, compartir platos, o darle un beso de labios o con la boca cerrada a una persona portadora del virus, o tener prácticas sexuales que no incluyan el intercambio de líquidos corporales como acariciarse, no suponen riesgo de contagio (INFOSIDA, 2017).

En cuanto a las formas de prevención del VIH, se logra a través de prácticas sexuales seguras, de las cuales la forma más difundida es el uso correcto del

condón en toda relación sexual. Actualmente, se está hablando de uso de medicamentos para prevenir el VIH, o pastilla pre exposición; aunque su uso todavía es muy cuestionado en Colombia debido a que pudiera promover conductas riesgosas en la población, sobre todo en los adolescentes. Otras formas de prevención es limitar la cantidad de parejas sexuales o tener una sola pareja, además resulta muy útil obtener información personalizada de acuerdo con las necesidades de cada individuo determinadas por el tipo de relaciones sexuales que mantenga según su interés y orientación sexual (CDC, 2017).

Finalmente, la prueba diagnóstica del VIH cumple una función importante en evitar la propagación del virus, debido a que al realizarse con frecuencia se logra detectar la presencia del virus en la persona e iniciar tratamiento antirretroviral. Así, en la medida en que se logre diagnosticar tempranamente y ofrecer tratamiento, se contribuye a evitar su propagación. Debido a esto, las campañas de prevención instan a todas las personas sexualmente activas, y que realicen prácticas sexuales de riesgo a hacerse la prueba al menos una vez al año o si tiene una pareja que es VIH positivo, se sugiere iniciar tratamiento y permanecer adherido a este, a fin de reducir significativamente las probabilidades de transmitirle el virus a su pareja (CDC, 2017).

Hasta aquí se ha mencionado la importancia de incrementar el nivel de conocimientos de los adolescentes hacia el VIH, lo cual es considerado un componente esencial en prevención. No obstante, existe además otra variable que se considera de vital importancia, debido a que los conocimientos por sí solos no son suficientes para llevar a cabo conductas preventivas, algunos modelos teóricos sobre conductas de salud consideran que las actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH/SIDA son una variable importante que influye en los comportamientos de riesgo. Por ejemplo, el modelo PRECEDE expone que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran los factores de predisposición, compuestos por los conocimientos, las actitudes, las creencias y los valores entre otros.

Igualmente, la Teoría de Acción Razonada aborda las creencias, las actitudes, las intenciones y la conducta como factores que repercuten en el actuar

del adolescente; especialmente en lo referente a las actitudes manifiesta que este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión (Ríos, 2011; García, Owen y Alarcón, 2005). Así mismo, el Modelo de Creencias en Salud, da un lugar importante al desempeño de las actitudes en las conductas pro salud, entendidas estas, como una auto descripción de la persona sobre sus afinidades o aversiones hacia algún aspecto identificable de su medio (Ben, como se cita en Moreno y Gil, 2005). De esta manera, la conducta observable está mediada no sólo por la norma subjetiva (la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera) sino por la actitud del individuo hacia la conducta (Moreno y Gil, 2005).

A fin de comprender mejor cómo las actitudes pueden incidir en conductas de riesgo, se aborda su significado; Rokeach (1968), las define como “una predisposición aprendida para responder positiva o negativamente ante un objeto, una situación, institución o persona en particular” (p. 303). El autor complementa la definición al explicar que una actitud consta de componentes cognitivos, haciendo referencia a los conocimientos y el intelecto; componentes afectivos, emocionales, motivacionales y de desempeño, tales como la conducta y la acción. Aclarando, además, que con frecuencia el concepto de actitud se muestra muy similar al de interés, opinión, creencia o valor, pero una actitud difiere de las anteriores en que esta implica aprobación o desaprobación, como tal un juicio moral.

Considerando entonces que las actitudes, se han reconocido como un elemento importante en el estudio de factores psicosociales asociados a la infección por VIH, resulta pertinente aclarar a qué actitudes se hace referencia. Primero, se podría observar a manera de ejemplo, un instrumento diseñado para evaluar las actitudes hacia el VIH/SIDA en adolescentes españoles; el cual aborda las actitudes desde estas cuatro dimensiones; actitud hacia las conductas de protección, actitud hacia la prueba de detección, actitud hacia el uso de preservativo, y actitud hacia las personas con VIH/Sida (Espada et al, 2013). Otros aspectos que se han relacionado frecuentemente con el tema de actitudes son, actitudes discriminatorias a personas que viven con VIH o actitudes de evitación en momentos que deban relacionarse con estas personas, actitudes que favorecen prácticas preventivas,

además de las actitudes como parte de un conjunto de opiniones, conocimientos y creencias que a su vez construyen una realidad del entorno denominado representaciones sociales (Antunes, Vizeu y Bousfield, 2014).

En el caso de la presente investigación las actitudes foco de interés serían, actitud hacia relaciones sexuales seguras, actitudes hacia la prueba del VIH, actitudes hacia el uso del preservativo, actitudes hacia las personas con VIH. Enfatizando en el hecho de que en la adolescencia comienzan a consolidarse las actitudes y comportamientos que incidirán en la adopción o no de prácticas sexuales más seguras. Por tanto, las actitudes influyen en las conductas de riesgo o protectoras que se realicen, las cuales determinan los comportamientos propios o de los otros frente al VIH (Uribe, 2005; Uribe et al., 2009; Uribe, Orcasita y Vergara, 2010).

A fin de comprender mejor en qué consisten las actitudes foco de interés de la presente investigación, se exponen sus características. La dimensión de actitud hacia las relaciones sexuales seguras hace referencia a todas las medidas de prevención adoptadas por los adolescentes que propendan a evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, así como los embarazos adolescentes, favoreciendo el ejercicio de una sexualidad libre y basada en los derechos humanos, tales como el derecho a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la igualdad, entre otros. Esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada con los objetivos del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (MSPS, 2008a), el cual contribuye al cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) por medio de la implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención temprana, así como el mejoramiento de la prestación de servicios salud, en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos, generando espacios y estrategias de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años.

Actualmente, se reconoce el papel fundamental que desempeña la salud sexual y reproductiva en la calidad de vida de las personas, entendiendo como tal, la capacidad que tiene la persona para disfrutar de una sexualidad satisfactoria y

sin riesgos, ejercer libremente su derecho a procrear o no, así como para decidir cuántos hijos tener y con cuantos años de diferencia, tener acceso a información pertinente y necesaria que le permita tomar decisiones libres e informadas, además del acceso a métodos anticonceptivos necesarios para la prevención de ITS y embarazos indeseados (MSPS, 2014). Algunas de las prácticas sexuales seguras más difundidas son, las relaciones sexuales no penetrativas, como los juegos eróticos de los cuales hacen parte las caricias, los besos, la masturbación, o prácticas similares en donde se limita la exposición o el contacto con fluidos como el semen, las secreciones vaginales o la sangre; o usando barreras de protección como los condones masculinos o femeninos al tener relaciones sexuales penetrativas (vagina, ano, boca) (MSPS, 2012) Sin embargo, en la presente investigación la dimensión de prácticas sexuales seguras abarca únicamente los aspectos relacionados con el uso del condón en todas las relaciones sexuales.

Así mismo, resulta pertinente mencionar que cuando se habla de actitudes favorables hacia aspectos relacionados con el VIH, se está haciendo alusión a todas aquellas acciones realizadas por los adolescentes que propenden a evitar la exposición al virus y a una actitud de apertura o disposición para recibir información o participar en eventos relacionados con el tema. Un ejemplo de esto, sería lo que se encontró en un estudio sobre conocimientos y actitudes hacia el VIH/Sida, en un grupo de adolescentes españoles con padres casados y divorciados, en él cuál se evidenció que los adolescentes con padres divorciados mostraron actitudes más favorables hacia el VIH/Sida, tales como uso de preservativo en sus relaciones sexuales, realización de la prueba de detección del VIH, y mayor disposición hacia las personas que viven con el virus, estos resultados sugieren que los padres divorciados transmiten a sus hijos una actitud más favorable hacia conductas preventivas tales como el uso del preservativo entre otros (Carratalá, Espada, Orgiles, 2013).

En cuanto a la actitud hacia la prueba diagnóstica del VIH, se espera que todas las personas sexualmente activas, se realicen la prueba en algún momento de su vida y que las personas con un riesgo más alto de infección ya sean porque han tenido relaciones sexuales sin protección o porque realizan trabajo sexual, se

hagan la prueba periódicamente. Resulta importante como medida de prevención, debido a que, si el resultado es negativo, favorece la continuidad de conductas protectoras, porque la realización de la misma viene acompañada de información oportuna sobre prevención del virus; y si el resultado es positivo favorece la iniciación oportuna del tratamiento antirretroviral, previene la reinfección debido a desconocimiento y finalmente evita la propagación del virus (INFOSIDA, 2016). A diferencia de lo que se espera, se observa que los adolescentes frecuentemente piensan que no es necesario realizarse la prueba si se siente bien, se perciben saludables y más aún si se está joven. Para contrarrestar esta tendencia, sería sumamente oportuno impartir información sobre la prueba diagnóstica, que contribuya a concientizar a los adolescentes y de esta manera manifiesten una actitud de mayor disposición hacia la realización voluntaria de la prueba (Osumah, 2016).

Sobre las actitudes hacia el uso del preservativo, se ha identificado, por un lado, que los adolescentes frecuentemente justifican el no uso del preservativo en ideas tales como la confianza en la otra persona o por falta de control debido al consumo de alcohol u otras sustancias. Algunos estudios han encontrado que, aun cuando les resulte fácil a los adolescentes conseguir los preservativos, estos no los utilizan o los utilizan esporádicamente influenciados por ideas subjetivas de que las relaciones sexuales protegidas sugieren desconfianza en la relación, “mientras que el sexo no protegido facilita el acercamiento e intimidad con la pareja”, y que además por ser estable se asume como una relación libre de riesgo. Además, algo que refuerzan estas actitudes negativas hacia el uso de los preservativos son las creencias erróneas de los adolescentes como la concepción de que la salud se percibe en la “apariencia” de la persona, justificando la conducta de tener relaciones sexuales sin protección con personas que tienen una apariencia saludable (Berenguera et al., 2012).

Otro aspecto importante que es objeto de interés en la presente investigación son las actitudes hacia las personas diagnosticadas de VIH/Sida, ya sea cuando se comparte de forma habitual porque se vive con ellas o hacen parte del entorno laboral o social. Las actitudes pueden estar influenciadas por la información que

trasmitem los padres a sus hijos, las cuales en ocasiones son correctas, pero también existe información errónea procedente de mitos o creencias sobre la infección por VIH (Orcasita, Uribe y Valderrama, 2011). Una creencia identificada en algunos adolescentes y que influye en el trato que se les da a las personas con VIH es la idea de que son “merecedores” de estar infectados, como si de alguna forma la enfermedad fuera el pago merecido a conductas impropias; algo que no es cierto en todos los casos y que además no contribuye a mejorar la calidad de vida de estas personas. Por tanto, el desconocimiento hace que muchas personas manifiesten actitudes desfavorables hacia las personas diagnosticadas con VIH, debido a que suponen erróneamente que cualquier acercamiento a ellas implica riesgo de contagio, estas actitudes desfavorables hacia las personas con VIH pueden generar situaciones de inequidad en diferentes ámbitos, e inclusive en la prestación de servicios de salud, en donde a veces el estigma proviene de los mismos profesionales en el área (Infante et al., 2006). De allí la importancia de la educación sexual que incluya la difusión de información concreta con respeto a las formas de contagio y a las que no lo son, esto con el fin de disminuir el estigma y la discriminación; debido a que todos estos conocimientos influyen en las actitudes de los adolescentes y de las personas en general hacia el VIH/Sida y a las personas diagnosticadas con esta infección (Barros et al., 2001).

Las actitudes hasta aquí consideradas con respecto al uso del preservativo, el ejercicio de la sexualidad, la realización de la prueba diagnóstica y las personas con el virus inciden de manera importante en las conductas de los adolescentes y podríamos decir que en conjunto estas actitudes constituyen factores de riesgo psicosocial para la infección por VIH. De manera que, se debe tener en cuenta que tanto los conocimientos como las actitudes resultan como factores predisponentes en las conductas de protección o de riesgo en los adolescentes (Vargas, 2006).

Hasta este punto hemos revisado el panorama del VIH a nivel mundial y local, estadísticas actuales y relevancia del tema, así como la importancia de intervenir en comunidades de adolescentes para disminuir su propagación. Se ha evidenciado también los antecedentes obtenidos de numerosos estudios, haciendo énfasis en la brecha de conocimiento a la cual apunta la presente investigación. Igualmente, se

ha expuesto lo que corresponde al fundamento teórico de las variables del presente estudio; conocimientos y actitudes frente al VIH.

A continuación, se presenta la metodología que guiará el proceso investigativo para el presente estudio con sus componentes respectivos de diseño, participantes, instrumentos, validación, prueba piloto, tratamiento de los resultados, procedimiento, recolección de datos y consideraciones éticas.

Método

Diseño de la investigación

El presente estudio se fundamentó en los criterios utilizados para la realización de investigaciones cuantitativas, descriptivas-correlacionales transversales que tienen como objetivo detallar las características y perfiles (cómo son y se manifiestan) de personas, comunidades o grupos en un determinado momento. En cuanto al alcance del estudio, el cual es correlacional, pretendió conocer cómo se puede comportar un concepto o variable al identificar el comportamiento de otras variables relacionadas, es decir, intentar predecir el valor aproximado que tiene un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables y comprobar si estas se relacionan entre sí o no.

Considerando lo anterior, en este estudio se pretendió establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre VIH/SIDA, de adolescentes universitarios; recolectando, midiendo y analizando datos estadísticos sobre cada una de las variables que se tienen como objetivo dentro de esta investigación, para finalmente, describir lo hallado y encontrar relaciones o no, entre las variables expuestas anteriormente. En esta investigación se aplicó la lógica deductiva, partiendo de los antecedentes y el marco teórico a la recolección de datos particulares de la muestra que hizo parte de la presente investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; Montero y León, 2007).

Participantes

Se contó con la participación voluntaria de 1057 estudiantes (hombres y mujeres) que estuvieran entre los 18 y 22 años, de una universidad privada de la ciudad de Cali, Colombia. A continuación, se describen los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta para seleccionar a los participantes.

Criterios de inclusión

A) Tener entre 18 y 22 años. B) Ser estudiante de una carrera profesional. C) Participar voluntariamente en la investigación. D) Haber firmado previamente el consentimiento informado. E) Ser colombiano/a.

Criterios de exclusión

- A) Ser estudiante de curso, diplomado, seminario u otra formación no profesional.
- B). Negarse a firmar el consentimiento informado. C) Estar en alguna situación de discapacidad cognitiva o física que le impida diligenciar plenamente el cuestionario.
- D) Estudiantes extranjeros o que están de forma momentánea en la Universidad: pasantía, semestre académico internacional.

Tipo de muestreo

Para este estudio se realizó un muestreo por conveniencia (no probabilística). Todos los estudiantes de la Universidad que cumplieran los criterios de inclusión fueron invitados en las fechas comprendidas entre el 18 de agosto hasta el 4 de septiembre del 2017, en total se logró de 1863 estudiantes matriculados en alguna de las carreras profesionales de la Universidad. Tras hacer la selección de los participantes, se les dio a conocer el consentimiento informado, tras lo cual se les invito a que lo firmaran para poder hacer parte de la investigación. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los salones de la universidad, antes o después de la clase, con previa autorización del docente que se encontrara en ese momento en la asignatura que estuvieran realizado los jóvenes. El tiempo aproximado que requirió el diligenciamiento de los instrumentos fue, entre 25 y 40 minutos. La aplicación estuvo a cargo de los profesionales, aspirantes al título de maestría, con el apoyo del resto del equipo de trabajo, conformado por estudiantes de pregrado y posgrado capacitados para este proceso. Finalmente, tras depurar instrumentos que se habían anulado por estar mal diligenciados o porque el participante no cumplía con los criterios de inclusión, la muestra quedo conformada por 1057 participantes.

Variables

De acuerdo con los intereses de la investigación, junto con la revisión teórica y empírica realizada previamente, se definieron las siguientes variables de estudio. A continuación, se describen las definiciones conceptuales (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Descripción de variables de investigación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INSTRUMENTOS
Conocimientos	<p>Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.</p> <p>la adquisición de conocimientos sobre las formas de trasmisión y de prevención del virus, junto a otros temas relacionados; tales como las prácticas de riesgo y de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad, puede impactar positivamente en las actitudes de los adolescentes, y con ello se pueden generar prácticas sexuales más seguras, con lo cual se disminuye el riesgo de contraer el VIH/Sida (Bueno et al., 2005; Cardona et al., 2013; Díaz et al., 2014; Rosental y Ludin, 1965).</p>	<p>VIH/Sida-65 (Paniagua, 1998; adaptado en Colombia por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe, 2005). A su vez el grupo CAPS realizó una nueva adaptación para este estudio.</p>
Actitudes	<p>Predisposición aprendida para responder positiva o negativamente ante un objeto, una situación, institución o persona en particular. Consta de componentes cognitivos, haciendo referencia a los conocimientos y el intelecto; componentes afectivos, emocionales, motivacionales y de desempeño, tales como la conducta y la acción. Aclarando, además, que con frecuencia el concepto de actitud se muestra muy similar al de interés, opinión, creencia o valor, pero una actitud difiere de las anteriores en que esta implica aprobación o desaprobación, como tal un juicio moral. En este caso serían las actitudes de los adolescentes hacia aspectos relacionados con el VIH, tales como actitudes negativas hacia los preservativos, hacia prácticas sexuales de</p>	<p>Escala de Actitudes hacia el VIH-SIDA (Espada et al., 2013).</p>

riesgo, actitudes frente a la infección por VIH y, por último, hacia las personas con VIH/Sida. (Barros et al. 2001; Berenguera et al., 2012; Infante et al. 2006; Orcasita, Uribe, Valderrama, 2011; Rokeach, 1968; Uribe et al. 2009; Uribe, 2005; Uribe et al., 2010; Vargas, 2006).

Instrumentos.

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron los siguientes: El Cuestionario General diseñado y desarrollado por el grupo CAPS (2017) de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, la cual comprende los siguientes 14 ítems: estrato, sexo, género, edad, ciudad, ingresos familiares, orientación sexual, facultad, carrera, semestre, situación sentimental, con quien vive y religión, y por cual medio de comunicación ha recibido información sobre prevención del VIH (ver Anexo 1).

El instrumento VIH/Sida-65 diseñado por Paniagua (1998) y adaptado en Colombia por Bermúdez, Buena-Casal y Uribe (2005). Para este estudio se utilizaron solo 40 ítems y 2 dimensiones: Conocimiento correcto (20 ítems), Conocimiento erróneo sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA (20 ítems). El Alfa de Cronbach total es de 0.79 (ver Anexo 2). Este instrumento tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, la prevención y la trasmisión del VIH, las actitudes hacia personas con VIH/SIDA, la percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH y la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (Paniagua, 1998)..

A continuación, se especifican los ítems según las dimensiones que serán usadas en la presente investigación, considerando que solo se usarán 40 de los 65 ítems originales. En este sentido, se estima que el conocimiento correcto estará sobre el 80% (32 o más preguntas correctas) lo que equivale a un conocimiento Alto, y por debajo de este porcentaje se considera un conocimiento bajo.

Tabla. 2

Dimensiones e ítems asociados.

Dimensiones	Ítems	Puntaje mínimo y máximo	Niveles
Conocimiento correcto	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 36, 37, 40	0-40	31 - 40
Conocimiento erróneo	2, 6, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 34, 35, 38, 39		0 - 30

También se utilizará la Escala de Actitudes hacia el VIH-SIDA, este es un instrumento que busca evaluar las actitudes sobre el VIH/SIDA en adolescentes (Espada et al., 2013) (ver Anexo 3).

Esta escala está dividida en cuatro dimensiones cuenta con un total de 12 ítems, de los cuales 3 corresponden a la dimensión Actitud hacia el sexo seguro, 2 a la dimensión Actitudes hacia la prueba del VIH, 4 a la dimensión Actitudes hacia el uso del preservativo y 3 a la dimensión Actitudes hacia las personas con VIH. El Alfa de Cronbach total de la encuesta es de 0.81. El formato de respuesta es tipo Likert, donde 1 corresponde a *totalmente en desacuerdo* y 4 a *totalmente de acuerdo*. Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 12 y 48, siendo de 12 a 25 actitud desfavorable, de 26 a 39 neutra y de 40 a 48 favorable.

Esta escala fue validada en adolescentes españoles y reporta un alfa de Cronbach total de 0.81. El alfa de Cronbach para las cuatro subescalas fue de 0.76, 0.75, 0.70 y 0.69, respectivamente.

A continuación, se describen las dimensiones, su confiabilidad y los ítems asociados:

Tabla 3.

Dimensiones, ítems asociados y confiabilidad.

Dimensión	Confiabilidad	Ítems	Puntaje mínimo y máximo	Niveles
Actitud hacia el sexo seguro	a = 0.76	1, 2 y 3	1 – 12	Actitud desfavorable: 1-4 Neutra: 5-8 Favorable: 9-12
Actitudes hacia la prueba del VIH	a = 0.75	11 y 12	1 – 8	Actitud desfavorable:1-2 Neutra: 3-5 Favorable:6-8
Actitudes hacia el uso del preservativo	a = 0.70	4, 5, 6 y 7	1 – 16	Actitud desfavorable:1-5 Neutra: 6-11 Favorable: 12-16
Actitudes hacia las personas con VIH	a = 0.69	8, 9 y 10	1 - 12	Actitud desfavorable: 1-4 Neutra: 5-8 Favorable: 9-12

Validación

El instrumento *VIH/SIDA 65* se encuentra validado en Colombia por Bermúdez et al. (2005)., el cual fue revisado en tres oportunidades con el fin de obtener validez de contenido: 1. Por parte los investigadores principales del proyecto CAPS, en el cual se encuentra inscrito este estudio, realizando ajustes de redacción a varias de las preguntas considerando que algunas estaban desactualizadas sobre el VIH/SIDA y unas empleaban los términos erróneamente, 2. Ajustes pos prueba piloto. El instrumento *Escala de Actitudes hacia VIH/SIDA*, fue revisado la redacción de las preguntas de acuerdo con el dialecto y las características sociodemográficas

de los participantes de la presente investigación.

Prueba piloto

Finalizados los ajustes de los instrumentos, se invitó a 15 adolescentes universitarios que cumplieran con los criterios de inclusión a que realizaran una prueba piloto que permitiera a los investigadores reconocer la comprensión y la percepción que tenían de las preguntas de los instrumentos. Como instrucción, se solicitó a los participantes que durante la lectura de la batería de los instrumentos señalaran aquellas afirmaciones que por su redacción les podían resultar confusas, intrusivas o amenazantes. A partir de sus comentarios, se ajustó la redacción de los ítems 25 y 40 del *VIH/SIDA – 65 (versión adaptada por el grupo CAPS)* para evitar ambigüedades, también se modificaron las instrucciones de los instrumentos para garantizar la adecuada comprensión de las consignas.

En total, el pilotaje tuvo una duración aproximada, entre 25 minutos y 35 minutos en población universitaria. Por último, se solicitó al resto del equipo de investigación que, considerando los objetivos finales de la investigación, leyeran detenidamente cada uno de los ajustes a los ítems de los instrumentos. Con su aprobación, se finalizó este proceso de validación y adaptación de los instrumentos.

Tratamiento de los resultados

Los datos obtenidos a partir del Cuestionario VIH/Sida-65 adaptado por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005). Fueron analizados por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 20.0 para Windows. Se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial para caracterizar la muestra y determinar si el comportamiento de los datos responde a la distribución normal de probabilidades. Asimismo, se calcularon y describieron los puntajes para cada una de las dimensiones evaluadas en los cuestionarios.

Procedimiento

La presente investigación, se desarrolló a través de las siguientes fases:

Fase 0. Articulación proyecto Macro

Los autores de la investigación se vincularon a un proyecto macro llamado CAPS-

VIH liderado por el equipo de investigación Salud y Calidad de Vida de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Pontificia Javeriana Cali. En articulación con este equipo se realizaron reuniones de trabajo con el fin de exponer los objetivos y alcances de la investigación y a partir de allí generar las estrategias y los objetivos para el desarrollo de esta investigación. Asimismo, se realizaron sesiones educativas en las cuales se desarrollaron los temas de VIH, SIDA, mitos y creencias, formas de transmisión, formas de cuidado, fortaleciendo los conocimientos del equipo de investigación.

Fase 1. Revisión sistemática.

Se realizó a partir de la selección de los descriptores, palabras claves y variables indizadas por el DeSC, para apartar de ello realizar una búsqueda en las diferentes bases de datos científicas a las cuales tiene acceso a la universidad como: Ebsco, Proquest, Sciencedirect, Scopus, Web of Science, etc. También se hizo revisión de páginas de instituciones nacionales e internacionales en Google y con información procedente del grupo de investigación Salud y Calidad de Vida. De acuerdo a esta revisión se desarrolla el planteamiento del problema del estudio desarrollado.

Fase 2. Acercamiento a la institución para el contacto con los participantes

Se contactó a las directivas de la Universidad y se les enseñó la propuesta de investigación de forma escrita para solicitar el espacio y la participación de los estudiantes universitarios. Se socializaron los objetivos de la investigación, la justificación y los posibles beneficios del estudio. También se mencionaron los posibles riesgos (riesgo mínimo) y el procedimiento de la investigación, haciendo énfasis en la confidencialidad y utilizando las consideraciones éticas establecidas por la ley.

Fase 3. Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó en las instalaciones (aulas de clase) de la Universidad. Primero, se socializo el proyecto de investigación con los estudiantes, posteriormente, se brindó la asesoría con respecto al consentimiento informado y el diligenciamiento del cuestionario como insumo de la investigación.

Fase 4. Sistematización y análisis de la información

Una vez se finalizó la recolección de los datos, se procedió a la sistematización y organización de toda la información. Para ello, se analizaron todos los datos en el SPSS 20.0 para Windows, utilizando pruebas estadísticas para el alcance correlacional a saber, T-student, *chi* cuadrado y correlación de Pearson. Posteriormente, se organizó la información en el documento y se comenzó con la construcción de la discusión a partir de los hallazgos, sus conclusiones y recomendaciones.

Fase 5. Desarrollo final del documento y socialización de la experiencia

Una vez analizados los datos se procedió a realizar los análisis respectivos, la preparación del documento final del trabajo y generación de informes. Los resultados fueron socializados con la comunidad académica con el fin de fortalecer los procesos como profesionales promotores de la salud, específicamente en relación con el VIH y el Sida.

Tras su revisión y corrección por parte de jurados expertos en el tema, se realiza la programación de presentación de resultados en diversos eventos tales como, Expo salud 2017, el cual, es un espacio pensado para la promoción de estilos de vida saludables entre los miembros de la Comunidad Educativa Javeriana. La presentación de los hallazgos se llevó a cabo por estudiantes de postgrado y colaboradores que participaron en la construcción del proyecto.

Además, con la población participante se realizó una actividad lúdico-educativa por medio de una obra de teatro presentada en las instalaciones de la universidad en la cual participaron algunos de los jóvenes que hicieron parte de la muestra para la investigación, esto pretendió realizar una retroalimentación de los hallazgos encontrados en la investigación, con el fin de dar respuesta a aquellas necesidades identificadas en materia de conocimiento con respecto al tema.

Finalmente, los resultados de la presente investigación hicieron parte de la información impartida el semillero de investigación, en espacios de clase de estudiantes de pregrado y postgrado de la universidad, los cuales contribuyeron de insumo para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

Consideraciones éticas

Esta investigación se realizó con la mayor rigurosidad de acuerdo con las normas científicas y técnicas establecidas en la ley colombiana, enmarcada dentro de los criterios éticos definidos en la Resolución 8430 de 1993 y la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. El estudio se ajustó a principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, se clasificó como una investigación con riesgo mínimo debido a que no realizó intervención en la población, tuvo como pretensión describir un fenómeno de salud específico de la población y establecer la relación o no, con la variable conocimientos a través de la recolección de información con los instrumentos validados. Durante el proceso se contó con la asesoría de los investigadores/as para la socialización del consentimiento informado y el diligenciamiento de los cuestionarios (ver Anexo 4 y 5), en caso de que algún participante manifestara su deseo de no continuar se encontraba en total libertad de desistir de su participación en la investigación. Las dudas formuladas por los participantes en el momento de diligenciar los instrumentos fueron resueltas por los profesionales de Psicología del área de Bienestar Universitario o en el caso que fue requerido, se realizó la respectiva intervención en crisis.

La información recolectada fue anónima y contó con un tratamiento respetuoso y confidencial por parte de los investigadores/as del estudio, quienes son profesionales en Psicología y aspirantes al título de Magíster en Psicología de la Salud. Este estudio se desarrolló dentro de una Investigación Macro (CAPS) realizado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali y financiado por Capital Semilla, donde se encontraron profesionales con alta experiencia en investigación y docentes de la misma universidad, lo cual le da un respaldo mayor referente a la rigurosidad científica y ética. Cabe resaltar que este estudio tuvo el aval por parte de comité de ética de la Universidad.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a partir de los instrumentos usados en la presente investigación, con el propósito de identificar la relación existente o no, entre los conocimientos y las actitudes frente aspectos asociados al VIH/Sida en un grupo de 1057 adolescentes universitarios entre los 18 y 22 años en una universidad de la ciudad de Cali.

Esta información fue organizada y analizada con el programa SPSS Statistics versión 20.0 para Windows, y se presentará de acuerdo con el orden de los objetivos específicos planteados al inicio de esta investigación, los cuales son, determinar los conocimientos sobre VIH y describir las actitudes sobre aspectos relacionados con VIH, para posteriormente realizar el análisis correlacional. En la siguiente tabla (ver tabla 4), se exponen los datos sociodemográficos de la muestra.

Datos sociodemográficos

Tabla 4.

Características sociodemográficas de la muestra.

<i>Características</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo	Hombre	384	37%
	Mujer	651	63%
Edad	Entre los 18, 19 ,20 años	733	73.7%
	Entre los 21 y 22 años	262	26.3%
Estrato socioeconómico	Bajo	92	9.1%
	Medio	372	36.6%
	Alto	552	54.3%
Ingresos familiares	Inferior a 2 SMMLV	75	8.2%
	Entre 2 y 5 SMMLV	287	31.3%
	Entre 6 y 9 SMMLV	272	29.7%
	Más de 10 SMMLV	283	30.8%
Facultad	Humanidades y Ciencias Sociales	433	42.3%
	Ciencias Económicas y administrativas	246	24%
	Ingenierías	100	9.7%
	Ciencias de la salud	246	24%
Semestre	1°, 2°, 3°	373	36.2%
	4°, 5°, 6°	460	44.7%
	7°, 8°, 9°, 10°	195	19.1%

Orientación Sexual	Heterosexual	926	91.8%
	Homosexual	37	3.6%
	Bisexual	46	4.6%
Situación Sentimental	Soltero	556	53.1%
	En una relación	479	46.9%
Vive con	Padre	71	6.9%
	Madre	222	21.6%
	Ambos	448	43.6%
	Solo	81	7.9%
	Otros	204	20%
Religión	Católica	672	65.4%
	Cristiana	100	9.7%
	Otras	32	3.3%
	Ninguna	222	21.6%

En cuanto a los datos más relevantes identificados en la caracterización, podemos decir que las mujeres eran mayoría (63%) y las edades comprendidas entre los 18 y los 20 años constituyeron el porcentaje (73.7%) más importante de la muestra. La facultad que conto con más número de representantes fue la de Humanidades y Ciencias Sociales (42.3%). También se puede observar que un gran porcentaje de los jóvenes vive con ambos padres (43.6%) o al menos con la madre (21.6%). En cuanto al estrato socioeconómico, resulta sobresaliente que la mitad de los participantes (54.3%) pertenece al alto (estrato 5 y 6) y el 31.3% reporta que los ingresos familiares oscilan entre 2 y 5 SMMLV, y el 29.7% entre 6 y 8 SMMLV.

Sobre su relación sentimental, el porcentaje más alto (53.1%) afirmaron estar solteros, seguido de los que se encontraban en una relación (46.9%). En cuanto a su orientación sexual, casi la totalidad de los participantes (91.8%) reportaron ser heterosexuales.

Información sobre VIH

Fuentes de información sobre prevención del VIH

El 57.3% aseguraron no haber recibido información sobre prevención del VIH en los últimos seis meses. De este porcentaje, el 61.4% correspondió a las mujeres y el 50.3% a los hombres, como podemos observar en la tabla 5.

Tabla 5.

Información sobre prevención del VIH, diferenciada por sexo

	Si		No	
	Frecuenci a	%	Frecuenci a	%
Hombres	190	49.7%	192	50.3%
Mujeres	251	38.6%	400	61.4%
Total	441	42.7%	592	57.3%

Las principales fuentes mediante las cuales obtuvieron información sobre prevención del VIH fueron los profesionales de la salud con un 18.2%, la universidad con un 18.1%, el internet con un 15.6% y las instituciones de salud con un 15%. En cambio, la familia, los amigos/conocidos y la publicidad en las calles fueron los medios de menos difusión de este tipo de información, con un 7.6% y un 7.1%, respectivamente (Ver Figura 1).

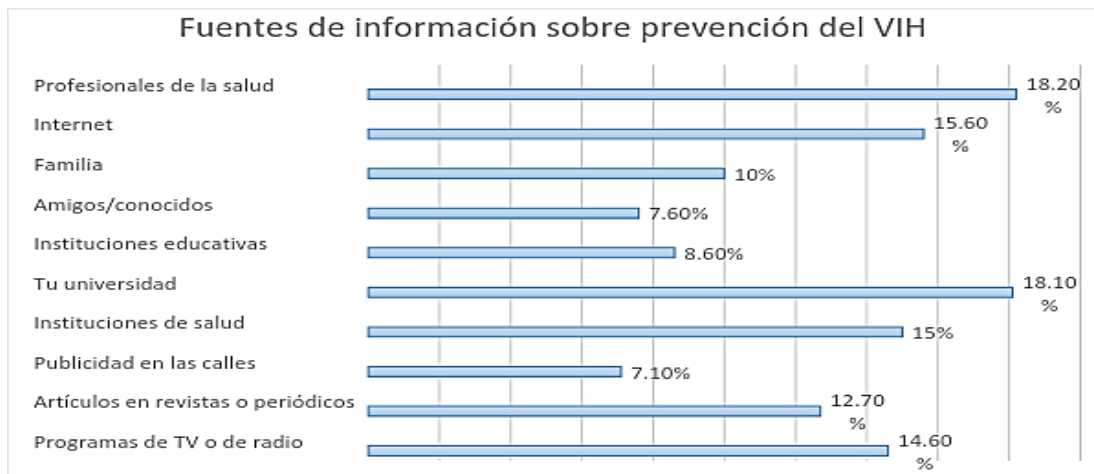


Figura 1. Fuentes de información sobre prevención del VIH. (Fuente: elaboración propia)

Conocimientos asociados al VIH

En relación con el conocimiento correcto sobre el VIH se encontró que, en un porcentaje alto, el 97 % de los participantes consideran que esta enfermedad se puede transmitir a través de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, que el

94% aseguran que los trabajadores sexuales están expuestos a un alto riesgo y que el 93% creen que recibir una transfusión de sangre que está infectada con la enfermedad y compartir agujas con otras personas incrementa las probabilidades de adquirir VIH. El 91% afirmaron que tanto hombres como mujeres infectados por VIH pueden transmitir el virus al sexo opuesto, el 90% que el VIH es una enfermedad que amenaza la vida de la persona afectada y el 87 % que esta enfermedad debilita la capacidad del cuerpo para combatir infecciones.

Con respecto al conocimiento errado sobre el VIH, en un porcentaje alto (96%), se halló que no todas las personas con VIH son de orientación homosexual y el 91% que el VIH no es como estar resfriado ni que tampoco se puede contraer VIH si se toca o se está cerca de una persona infectada. El 91% considera que esta enfermedad no solamente afecta a hombres y el 89% que no se puede saber si una persona tiene VIH con tan solo mirarla, así como tampoco se puede contraer el virus con solo apretarle la mano o darle un abrazo. El 85% no cree que el estrés pueda causar VIH y el 83% piensan que no todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen VIH y el 82% que no se adquiere el virus por compartir la misma habitación con alguien infectado. A continuación, se exponen los conocimientos de los jóvenes en la tabla 6.

Tabla 6.

Conocimientos de los participantes sobre el VIH

Preguntas	Respuestas		
	Verdadero	Falso	No Sabe
Las personas que ejercen trabajo sexual tienen un alto riesgo de contraer el VIH	93.9%	3.2%	4.2%
Se puede saber si una persona tiene el VIH tan solo con mirarla	1.4%	89.9 %	12%
Se puede contraer el VIH si se comparte jeringas con otra persona	92.7%	2.1%	5.3%
Se puede transmitir el VIH a través del semen	72.8%	5.12 %	22.1%
Las personas pueden reducir la probabilidad de infectarse del VIH si evitan tener relaciones sexuales	58.7%	28.2 %	13.1%
Se puede contraer el VIH si se comparte cuchillos, tenedores o vasos con una persona con el virus	14.1%	60.2 %	25.7%

Los hombres con VIH pueden transmitir el virus a las mujeres	90.4%	1.2%	8.4%
El VIH es una enfermedad que amenaza la vida de la persona	90.3%	4.5%	5.1%
Recibir una transfusión de sangre que está infectada con el VIH puede transmitirle a una persona el virus	92.7%	1%	6.3%
Las mujeres con el VIH pueden infectar a los hombres	91.4%	1.1%	7.5%
Una persona puede reducir la probabilidad de adquirir el VIH si no tiene relaciones sexuales	71%	16.5%	12.5%
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen VIH	2.8%	83.2%	14%
Se puede contraer el VIH si se toca o se está cerca de una persona con el virus	1.7%	91.1%	7.2%
El VIH se puede transmitir a través de una relación sexual entre un hombre y una mujer	96.8%	2%	1.3%
Todas las personas con VIH son de orientación homosexual	0.7%	96.3%	3%
Tener el VIH no es grave, es como estar resfriado	2%	91.6%	6.5%
El estrés puede causar VIH	1.4%	85.5%	13.2%
Se puede evitar contraer el VIH si se practica deporte con regularidad	1.3%	79.5%	19.2%
Es posible que una persona contraiga el VIH si habla a través de un teléfono público que ha sido utilizado por una persona con el virus	1.6%	80.3%	18.2%
Se puede contraer el VIH si se sienta en los sanitarios de los baños públicos	8.4%	57.2%	34.4%
Se puede contraer el VIH si se comparte la misma habitación con alguien con el virus	2.1%	82%	15.9%
Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del VIH	16.2%	39%	44.8%
Se puede contraer el VIH si se comparte la ropa con otra persona con el virus	5%	76.6%	18.4%
Las personas con el VIH son más propensas a contraer otras enfermedades	74.9%	4.1%	21%
Los hijos de una madre con el VIH corren mayor riesgo de contraer el virus	70.2%	7.9%	21.9%
En la actualidad, no hay cura conocida para el VIH	62.9%	7%	30.1%
Una persona puede tener el VIH y no presentar ningún síntoma de la enfermedad	68%	5.3%	26.7%
Las personas pueden tener el VIH y no estar enfermas	53.1%	17.9%	29%
Las personas pueden contraer el VIH con un apretón de manos	1.8%	89%	9.3%

El VIH se ha encontrado solamente en los hombres	2.3%	91.4 %	6.4%
Se puede contraer el VIH si se usan objetos personales de alguien, como un cepillo del cabello	5.5%	77%	17.5%
El VIH debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones	86.9%	3.6%	9.4%
Se puede contraer el VIH a través de penetración anal	70.2%	4.9%	24.9%
Se puede contraer el VIH si se bebe del mismo vaso que usó una persona con el virus	8.1%	67.7 %	24.1%
Se puede transmitir el VIH mediante abrazos	2.7%	89.2 %	8.2%
El VIH puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales	83.6%	5.1%	11.2%
Los hombres con orientación homosexual corren un alto riesgo de contraer el VIH	42.4%	21.9 %	25.8%
El estornudar y el toser pueden transmitir el VIH	6.9%	64.1 %	29%
Se puede contraer el VIH en la piscina	5.3%	55.7 %	39%
Se puede contraer el VIH través de alguien que está infectado, aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad	18.9%	56%	25%

A continuación, se exponen las medidas de variabilidad (ver tabla 7) a saber la media, la mediana y la desviación estándar de la prueba de conocimientos.

Tabla 7.

Media, mediana, desviación estándar y varianza de conocimientos de los participantes sobre el VIH

	n	Media	Mediana	DE	Varianza
Total	947	30.47	32	6.725	45.22

Una respuesta que cabe resaltar sobre conocimientos correctos en la población es que el 70% afirmó que el VIH puede transmitirse a través de la penetración anal. Tan solo el 19% de los participantes considera que se puede contraer el virus a través de alguien que esté infectado, aunque no presente síntomas de la enfermedad; no obstante, se destaca que el 56% cree que esta afirmación es falsa y el 25% manifiesta no saber si alguien asintomático puede ser transmisor del virus. Además,

resulta esencial mencionar que un porcentaje importante (39%) no sabe cuáles no son los medios de transmisión

En cuanto a diferencias encontradas en función del sexo respecto a conocimientos, se evidencia alguna diferencia en los porcentajes encontrados en conocimiento alto con un porcentaje de 48.1% en mujeres frente a un 57.1% en hombres como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8.

<i>Nivel de conocimientos de los participantes sobre el VIH, diferenciado por sexo</i>						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conocimiento bajo	148	42.9	303	51.9	451	48.5
Conocimiento alto	197	57.1	281	48.1	478	51.5
Total	345	100	584	100	929	100

Hasta este punto van los resultados descriptivos de conocimientos sobre VIH, a continuación, se pasará a exponer los resultados descriptivos de la segunda variable de interés para este estudio a saber, las actitudes.

Actitud hacia aspectos relacionados con el VIH

En la presente investigación la variable actitudes se subdividió en cuatro dimensiones, estas dimensiones se expondrán a continuación, en el siguiente orden, primero, actitud de los participantes hacia prácticas sexuales seguras, segundo, actitud hacia el uso del preservativo, tercero, actitud hacia la prueba diagnóstica y cuarto y último, actitud hacia las personas con VIH. Posterior a esto, se presentarán los estadísticos resultantes de la correlación entre las variables de conocimiento y actitudes.

Actitud hacia prácticas sexuales seguras

Según se observa en la tabla 9, con relación a la actitud hacia prácticas sexuales seguras, se encontró que el 68% estarían totalmente de acuerdo en usar preservativo en una relación sexual con penetración y el 7.3% en desacuerdo. El

59% estaría totalmente de acuerdo en llevar preservativos para su uso, siendo mayor el porcentaje en hombres (68%) que en mujeres (54%). El 40% aseguró que de acuerdo con esperar si fuera a tener una relación sexual y se diera cuenta de que no tiene preservativos, mientras que el 19% afirmó estar en desacuerdo con esta afirmación.

Tabla 9.

Tipo de actitud de los participantes hacia prácticas sexuales seguras

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actitud desfavorable	13	3.5	35	5.6	48	4.8
Actitud neutra	107	28.9	186	29.6	293	29.4
Actitud favorable	250	67.6	407	64.8	657	65.8
Total	370	100	628	100	998	100

El 65% de los participantes reportaron una actitud favorable prácticas sexuales seguras y el 29% una actitud neutra.

Actitud hacia el uso del preservativo

Con respecto a la actitud hacia el uso del preservativo, se identificó que el 70% estaría totalmente de acuerdo con decir delante de sus amigos que está a favor del preservativo y el 26% de acuerdo. El 62% estuvo totalmente de acuerdo con defender en público el uso del preservativo y el 30% de acuerdo. El 44% aseguró que estaría totalmente de acuerdo en convencer a su pareja de usar preservativo si su pareja no quisiera usarlo, siendo mayor el porcentaje en mujeres (48%) que en hombres (37%). El 37% (42% hombres y 34 mujeres), sin embargo, refirieron no estar de acuerdo con negarse a usar preservativo si sus parejas quisieran practicar

sexo sin protección, como podemos observar en la tabla 10.

Tabla 10.

Actitud hacia el uso del preservativo

Preguntas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<i>Estaría dispuesto(a) a usar el preservativo en una relación sexual con penetración</i>	7.3%	1.5%	23.5%	67.7%
<i>Si fuera a tener una relación sexual y me diera cuenta de que no tenemos preservativos, esperaría a tenerlos para mantener el contacto sexual</i>	5.8%	19.2%	40.4%	34.6%
<i>Estaría dispuesto(a) a llevar preservativos para mi uso</i>	3.9%	4.1%	32.9%	59.1%
<i>Estaría dispuesto(a) a decir delante de mis amigos que estoy a favor del preservativo</i>	2.9%	1.7%	25.7%	69.7%
<i>Estaría dispuesto(a) a defender en público el uso del preservativo</i>	3.5%	3.9%	30.5%	62.1%
<i>Si mi pareja quisiera prescindir del preservativo, yo trataría de convencerla para usarlo</i>	4.5%	12.4%	39.5%	43.6%
<i>Si mi pareja quisiera practicar sexo sin preservativo, yo me negaría</i>	9.7%	36.9%	27.9%	25.6%
<i>Estaría incómodo(a) si en mi clase hubiese alguien con VIH</i>	48.7%	33.2%	13.9%	4.2%
<i>Estaría dispuesto(a) a besar en la mejilla a una persona con VIH</i>	10.3%	20.6%	41%	28.1%

<i>Si un amigo(a) se infectara con el VIH, probablemente me distanciaría de él</i>	60.6%	29.2%	6.2%	4%
<i>Estaría dispuesto(a) a realizarme las pruebas del sida si tuviera una práctica de riesgo</i>	3.3%	2.1%	25.3%	69.3%
<i>Recomendaría a un amigo(a) hacerse las pruebas de detección del VIH si él o ella hubiesen mantenido prácticas sexuales de riesgo.</i>	2.4%	1.3%	24.2%	72.2%

La actitud promedio hacia el uso del preservativo fue de 13.07 ($DE = 2.5$), hacia el sexo seguro de 10.3 ($DE = 1.96$), hacia las personas con VIH de 9.62 ($DE = 1.88$) y hacia la prueba diagnóstica del VIH de 7.25 ($DE = 1.23$).

El 62.5% de los participantes tuvieron una actitud favorable hacia el uso del preservativo, siendo más alto el porcentaje en mujeres (65.8%) que en hombres (56.9%), como se evidencia en la tabla 11.

Tabla 11.

Tipo de actitud hacia el uso del preservativo

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actitud desfavorable	20	5.4	25	4	45	4.6
Actitud neutra	138	37.6	187	30.2	325	33
Actitud favorable	209	56.9	407	65.8	616	62.5
Total	367	100	619	100	986	100

Actitud hacia las personas con VIH

En cuanto a la actitud hacia las personas con VIH, se evidenció que el 49% no estaría incómodo con compartir clase con alguien con VIH, mientras que el 14% sí

lo estaría. El 41% estarían totalmente dispuestos a besar en la mejilla a una persona con VIH y un 20% en desacuerdo. El 60% estaría totalmente en desacuerdo en distanciarse de un amigo si se infecta de VIH y el 29% en desacuerdo.

Todas estas actitudes se podrían resumir en favorables, desfavorables o neutras; de las cuales se expone la figura que se encuentra a continuación:

Tipo de actitud de los participantes hacia las personas con VIH

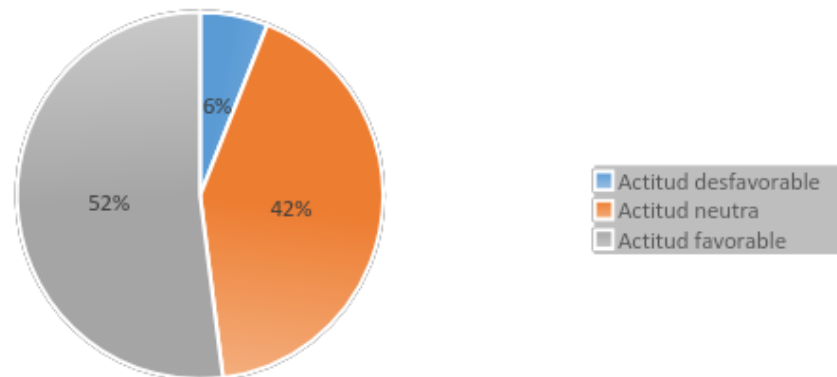


Figura 2. Tipo de actitudes de los participantes hacia las personas con VIH (Fuente: elaboración propia).

Actitud hacia la prueba diagnóstica del VIH.

Se halló que el 69% consideró estar totalmente de acuerdo con realizarse la prueba si tuviera una práctica sexual de riesgo y el 25% estuvo de acuerdo. Además, el 72% aseguró estar totalmente de acuerdo en recomendar a un amigo hacerse las pruebas de detección del VIH si él o ella hubieran mantenido prácticas sexuales de riesgo.

El 74.6% reportó una actitud favorable hacia la prueba diagnóstica del VIH, mientras que el 22% una neutra. En cuanto a la actitud favorable, se encontró un porcentaje más alto en las mujeres (76.4%) que en los hombres (71.5%), como se observa en la tabla 12.

Tabla 12.

Tipo de actitud de los participantes hacia la prueba diagnóstica del VIH

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Actitud desfavorable	4.6	2.7	3.4
Actitud neutra	23.9	20.9	22
Actitud favorable	71.5	76.4	74.6
Total	100	100	100

Finalmente, en cuanto al tipo de actitud de los participantes hacia el VIH (ver tabla 13), un porcentaje del 59.9% tiene una actitud favorable. Las diferencias encontradas en función del sexo se evidencian en cuanto a actitud favorable mayor en mujeres con un porcentaje del 63.6% frente a los hombres con un porcentaje de 53.7%.

Tabla 13.

<i>Tipo de actitud de los participantes hacia el VIH, diferenciado por sexo</i>						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actitud desfavorable	8	2.3%	13	2.2%	21	2.2%
Actitud neutra	156	44.1%	201	34.2%	357	37.9%
Actitud favorable	190	53.7%	374	63.6%	564	59.9%
Total	324	100%	588	100%	942	100%

El promedio de actitudes hacia el VIH obtenido fue 40.05 ($DE = 5.49$) en general, 40.44 ($DE = 5.59$) en mujeres y 39.44 ($DE = 5.32$) en hombres.

Relación entre los conocimientos y las actitudes hacia aspectos asociados con el VIH

A partir de los análisis estadísticos realizados con el programa SPSS *Statistics* se buscó cumplir con el propósito de este estudio que es establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes, en un grupo de estudiantes universitarios de la

ciudad de Cali. En este sentido, se presentan los resultados obtenidos a partir de las pruebas estadísticas T-student, *chi* cuadrado, correlación de Pearson.

Para la prueba estadística T-student (Ver tabla 14), los valores que se tuvieron en cuenta son los grupos de conocimiento alto (CA) y bajo (CB) (tomada esta como una variable cualitativa para esta prueba), y el puntaje total de las dimensiones de actitud (tomada esta como una variable cuantitativa), hacia las prácticas sexuales seguras (APSS), hacia el uso del preservativo (AUP), hacia personas con el virus (APV), hacia la prueba diagnóstica (APD).

Tabla14.

<i>Estadísticos de la prueba t relacionando actitudes con conocimiento alto y bajo</i>							
Prueba	CA		CB		Diferencia Medias	t	Valor P
	M	SD	M	SD			
APSS	10,17	1,989	9,94	1,635	0,23	-1,566	0,118
AUP	13,32	2,510	12,50	2,013	0,82	-2,964	0,003
APV	9,98	1,886	8,54	1,775	1,44	-5,415	0,001
APD	7,40	1,185	6,85	1,167	0,55	-3,277	0,001

Tras realizar el análisis, encontramos que se evidencio una diferencia significativa ($p = 0,001$), en las dimensiones de AUP, APV, APD, no siendo así en la dimensión de APSS. Las diferencias se encuentran a favor del grupo CA, en AUP ($M=13.32$) evidenciando una diferencia de 0.48 frente al grupo de CB de 0.82. Igualmente, en la dimensión de APV ($M=9.97$) arrojando una diferencia de 1.44 frente al grupo de CB de 8.54. Así mismo, en la dimensión de APD ($M=7.40$) la diferencia de 0.55 frente al grupo de CB de 6,85. Lo anterior da cuenta de que los jóvenes que contaban con más conocimientos correctos manifestaban actitudes más favorables hacia los aspectos relacionados con el VIH, solo la dimensión de actitud hacia prácticas sexuales seguras no tuvo diferencia en cuanto a favorabilidad en relación con los conocimientos, pero en las otras tres dimensiones si sucedió.

Por otro lado, los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística *chi* cuadrado (ver tabla 15), presentan diferencias significativas en la distribución de grupos al realizar el cruce entre las variables de CA y CB sobre el VIH y APSS ($\chi^2=7, 129$ $p=0.028$), lo mismo sucede con AUP ($\chi^2=26, 878$ $p=0,001$), APV ($\chi^2=18, 759$ $p=0,001$), APD ($\chi^2=18, 759$ $p=0,001$). Por último, se encontraron diferencias significativas en la distribución de grupos al realizar el cruce entre las variables de conocimientos sobre VIH y el puntaje total de las dimensiones de actitud hacia el VIH ($\chi^2=21, 989$ $p=0,001$).

Tabla 15.

<i>Estadísticos de la prueba de chi cuadrado del cruce entre las variables de CA Y CB con las dimensiones de actitudes</i>				
		CB	CA	Total
APSS	A desfavorable	19	25	44
	A neutra	147	120	267
	A favorable	280	334	614
AUP	A desfavorable	15	24	39
	A neutra	184	123	307
	A favorable	240	330	570
APV	A desfavorable	26	27	53
	A neutra	207	162	369
	A favorable	200	281	481
APD	A desfavorable	12	15	27
	A neutra	128	81	209
	A favorable	307	387	694
P Total	A desfavorable	6	11	17
	A neutra	192	141	333
	A favorable	220	308	528

Por tanto, la prueba estadística de *Chi* cuadrado arroja como resultado que, a mayor conocimiento, existirán actitudes más favorables en los jóvenes hacia aspectos relacionadas con el VIH. El resultado es similar al hallado en la prueba *t student*, con la diferencia de que en esta prueba la dimensión de actitud hacia prácticas sexuales seguras *si* está claramente relacionada con los conocimientos correctos.

Finalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de *Pearson* (ver tabla 16) para relacionar la variable de CA, CB con las dimensiones de APSS, AUP, APV, APD,

en el cual, podemos observar que los coeficientes de correlación entre estas variables son bajos ($p > 0.05$).

Tabla 16.

Correlación de Pearson entre conocimientos y actitudes

<i>Estadísticos del coeficiente de correlación de Pearson entre conocimientos y actitudes</i>					
	APSS	AUP	APV	APD	Total
Correlación de Pearson	0,011	0,057	0,140	0,087	0,095
Sig. (bilateral)	0,742	0,081	0,000	0,007	0,004

Se observa que, a diferencia de las dos pruebas anteriores, en la correlación de *Pearson* hubo ausencia de relación entre las variables. Una posible explicación a esto podría ser que cuando se realiza el cruce de los puntajes de las dimensiones de actitud una por una con conocimiento alto y con conocimiento bajo, si se puede observar cuando las diferencias son significativas entre conocimientos y actitudes; pero al realizar el cruce de todos los puntajes de las dimensiones de actitud con los de conocimientos, los puntajes altos y bajos, así como los puntajes de favorabilidad y no favorabilidad se agrupan lo cual da como resultado la no relación.

Hasta este punto se han expuesto los resultados descriptivos y correlacionales de la investigación, a continuación, se presenta la discusión, la cual incluye las recomendaciones y las limitaciones identificadas en este proceso.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre los conocimientos y las actitudes frente aspectos asociados al VIH/Sida, en un grupo de adolescentes y jóvenes universitarios entre los 18 y 22 años en una universidad de la ciudad de Cali. Los participantes en su mayoría fueron mujeres (651-63%), en relación con los hombres (384-37%), como se muestra en otras investigaciones (Díaz et al., 2014; Zelada et al., 2014; Rojas-Murcia et al., 2015; Cobos-Sanchiz et al., 2014) y con edades entre 18-22 como se muestra también en otros estudios con población universitaria (Salas, Taylor, Quesada, Garita y León, 2011; Sagarò et al., 2014; Padrón y Vega, 2009).

Este apartado de discusión se desarrollará según los objetivos específicos, posteriormente se presentarán las conclusiones del estudio, seguidas por las recomendaciones y finalizando con las limitaciones. Así, el primer objetivo que se estableció fue el de determinar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el VIH/Sida, sobre el cual se encontró, que el 51.5% de los participantes tienen un conocimiento alto sobre VIH, el porcentaje restante (48.5%) tienen un conocimiento bajo.

De acuerdo con este objetivo, cabe resaltar que el porcentaje que tienen un conocimiento bajo (48.5%) coincide con los resultados encontrados en investigaciones anteriores con población juvenil en Colombia. En 2009 un estudio realizado con adolescentes de bachillerato, de una institución pública de la ciudad de Cali; se encontró que obtuvieron una mayor puntuación en la subescala de conocimiento erróneo, con una media de 44.4 y una desviación típica de 6.34, evidenciando con esto que en los adolescentes aún persistían conceptos errados con respecto al tema del VIH/SIDA (Uribe et al., 2009). Así mismo, en el año 2011, un estudio sobre conocimientos y actitudes erróneas sobre VIH, en padres de familia se puede observar un alto porcentaje (91.5%) de conocimientos erróneos en los padres o cuidadores, quienes tenían ideas tales como que el virus del VIH se puede transmitir compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada, o considerar que solo mirar a una persona se puede saber si tiene VIH o no, o que

todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del sida (Orcasita et al., 2011).

En el 2013, tras realizar una investigación con 2460 adolescentes de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años pertenecientes a distintas instituciones educativas de la ciudad de Barranquilla se encontró que cerca del 60% de adolescentes tenía conocimientos correctos sobre prácticas sexuales seguras las ITS y el Sida, así como los mecanismos de transmisión de esas enfermedades, por tanto el porcentaje restante del 40%, aún tiene conocimientos errados relacionados con mitos o ideas erradas sobre el tema. Igualmente, en otra investigación realizada en el mismo año en el municipio de Caldas con 597 jóvenes, se observó que el mayor puntaje obtuvo conocimientos erróneos (Cardona et al., 2013). Esto concuerda con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Profamilia, 2010) realizada en Colombia, sobre conocimientos asociados al Sida, en el cual se evidencia que las mujeres entre 15 a 24 años en un 72% no tienen un conocimiento comprensivo del VIH/Sida y este porcentaje se disminuye solo hasta el 58% entre las que tienen educación superior.

Han pasado 7 años desde el 2010 y se puede inferir que se ha avanzado de tener un 58% de conocimientos erróneos en población juvenil sobre el VIH a un 48% como lo encontrado en esta investigación, lo cual equivale a disminuir en un 10% por cada 7 años, a este paso; se necesitaría de 21 años para disminuir la desinformación hasta llegar a un porcentaje del 18% de conocimiento erróneo en la población y otros 14 años para que el 99% de los jóvenes colombianos, tan solo conozcan los aspectos básicos relacionados con el VIH y puedan tomar decisiones más acertadas en materia de sexualidad, pero de esta manera, resulta difícil alcanzar uno de los propósitos de América para el 2020, el cual busca reducir en un 74% los casos nuevos de VIH y disminuir en un 62% las muertes relacionadas con Sida en la región, trazando así el camino para el fin de la epidemia en el año 2030 (OPS, 2016), de mantenerse la dinámica actual estaríamos lejos de conseguir resultados como estos.

En este sentido, aunque un 57.2%, un poco más de la mitad de los jóvenes presenta conocimiento alto, se esperaría que ese porcentaje estuviese en el 90% y

más, teniendo en cuenta que quienes participaron en esta investigación, tienen acceso a la educación superior y a los diferentes medios de comunicación e información. Esto nos estaría indicando que acceder a la educación superior no garantiza un mayor conocimiento sobre el VIH/Sida, como lo muestra también una investigación realizada con estudiantes universitarios costarricenses en donde evaluaron conocimiento y obtuvieron una calificación inferior a 70, por lo que refieren los autores, encontrar un conocimiento insuficiente sobre VIH/Sida (Salas et al, 2011). Por tal razón, se deben incluir temas de educación sexual en los pensum de estudio de los colegios y universidades que aún no cuenten con este proceso de formación, para incrementar el conocimiento correcto y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH/Sida (Raza, como se citó en Salas et al., 2011).

Del mismo modo, se ha evidenciado que principalmente en los adolescentes, la ausencia de información clara sobre el VIH y la diferencia entre este y el SIDA, es uno de los obstáculos más importantes para lograr disminuir el número de nuevos casos positivos, que según encuestas efectuadas por la OMS como se citó en Velásquez y Bedoya (2010) en cuarenta países, indican que más del 50% de los jóvenes tienen concepciones erróneas acerca de la forma en cómo se transmite el VIH, y no creen correr el riesgo de contraerlo, 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 manera de prevención, la cual podrán usar en el momento en que consideren necesario. Por tanto, la información es una herramienta que, si se pone en uso, transforma para bien los contextos, en este caso lograr detener la propagación del virus. De esta manera, para lograr la prevención es necesario, evaluar las fuentes de información y verificar que ésta sea la correcta; por tal razón, se hace un llamado a que los agentes, tanto familiar como educativos, se capaciten en el tema de 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, como se citó en Uribe et al., 2009).

Igualmente, resultó importante identificar en este estudio las fuentes de las cuales los adolescentes han recibido información sobre el VIH/Sida. Primero se encontró que el 57.3% manifestaron que no habían recibido información sobre prevención del VIH en los últimos seis meses, de este porcentaje, el 61.4% correspondió a las mujeres y el 50.3% a los hombres, y las principales fuentes mediante las cuales obtuvieron información sobre prevención del VIH fueron; en primer lugar, los profesionales de la salud con un 18.2%, en segundo lugar, la universidad con un 18.1%, y en tercer lugar el internet con un 15.6%. Resulta esencial mencionar que, de estas fuentes de información, la familia, los amigos/conocidos y la publicidad en las calles fueron los medios de menor difusión.

Respecto a estas cifras, resulta preocupante que, en las familias, abordar temas de sexualidad sigue siendo poco frecuente e incluso ausente. La familia es un nicho central para transmitir información, educar en valores, promover y forjar todas las bases que van consolidando comportamientos a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, en esta era de la tecnología la familia ha pasado a un segundo plano en materia de educación, entre otras cosas, debido a que los jóvenes prefieren como primera fuente de información a los medios de comunicación, entre ellos el internet; el uso indiscriminado de este, es un factor que considerar, dado que, si bien es un medio de fácil acceso, los jóvenes se exponen a una cantidad de contenido que no necesariamente es el mejor, por ejemplo, respecto a veracidad/cientificidad, pertinencia según momento del curso de vida en el que cual se encuentran, nivel educativo y comprensión por parte de del lector. En este sentido, es importante contar con verificación en la información y apropiación de ese conocimiento, lo cual se puede lograr en espacios de interacción con la familia o con otras personas, esta sería una manera de involucrar a la familia en la tarea de educar y de dar sentido a ese espacio virtual, donde el lector es pasivo y está a merced de esa información puede resultar peligrosa.

Al comparar estos resultados con los encontrados en una investigación hecha en el año 2010 sobre las fuentes de información sobre la transmisión del VIH en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH, se observa que el 60% de los no diagnosticados ha recibido información de programas de TV y charlas

en el colegio, un 40% de amigos/conocidos y un 30% de la familia (Orcasita et al., 2010).

De acuerdo con lo anterior, el impacto de los medios de comunicación masiva como la televisión y la publicidad en las calles han disminuido, cuando hace siete años era considerado una de las fuentes de mayor difusión del VIH, hoy es considerado una de las de menor difusión. Igualmente, hace cinco años, las principales fuentes de información para mujeres de zonas rurales eran la televisión, la radio, los familiares y/o amigos (Becerra-Gonzales et al., 2012). Actualmente, los medios de mayor difusión del tema son los profesionales de la salud y las universidades. Así mismo, la familia ha pasado a ser uno de los escenarios donde menos se habla sobre el tema y ha sido remplazada por la información que aparece en internet. Esto último merece especial atención debido a que como lo expone Barceló y Navarro (2013) la familia y los profesores en las escuelas juegan un papel importante para hablar con los adolescentes sobre el tema sexual, pero como constantemente este tema se evade, los adolescentes recurren a fuentes no confiables con concepciones distorsionadas que aumentan los riesgos para su salud sexual.

En consonancia con lo encontrado en anteriores investigaciones y de acuerdo con la proyección del sistema nacional de información en juventud y adolescencia en Colombia (en el país hay un total de 12,5 millones de jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 28 años, de los cuales 1.172.579 habitan en el departamento del Valle del Cauca, MSPS, 2015) es necesario una campaña educativa dirigida a esta población que aborde temas como los métodos existentes para prevenir la transmisión del VIH, la cual debería de dirigirse no solamente a los jóvenes sino también a sus familias, quienes se constituyen en actores esenciales con el fin de lograr reducir drásticamente el número de nuevas infecciones y de muertes relacionadas con este virus, es necesario formar a los padres y cuidadores, y que ellos reconozcan su rol como educadores o líderes de dicho proceso transversal, el cual incluye el tema de la sexualidad y de las prácticas sexuales seguras, temas en los cuales resulta esencial el desarrollo de habilidades comunicativas, las cuales se han estado perdiendo con el paso del tiempo, algo que

se confirma con los resultados encontrados en la presente investigación, en donde la familia constituye una de las fuentes de menor difusión sobre el tema (Orcasita et al., 2011; Uribe et al., 2009).

Esto puede deberse a que en las últimas décadas la interacción familiar ha cambiado mucho, paulatinamente se ha ido dejando a un lado la rígida división de roles entre hombre y mujer, y entre padres, madres, hijos e hijas. Los actuales modelos de organización familiar parecen haber ocasionado inseguridad sobre las normas a seguir en la educación de los hijos (Bas y Pérez, 2010). Por tanto, además de impartir educación en temas relacionados con la sexualidad de los jóvenes, sería útil que recibieran orientación práctica sobre modelos de crianza y no menos importante es que trabajaran en adoptar posturas amigables y de apertura hacia las TICS, familiarizándose con los sitios que suelen frecuentar sus hijos jóvenes tales como redes sociales o sitios de interés en la web, con el fin de conocer el caudal de información a la que están expuestos sus hijos para estar en capacidad de brindar orientación. En la medida en que se disminuya la brecha informativa y de interacción con la tecnología que existe entre las dos generaciones, los padres como representantes de la familia podrán reivindicarse en su papel de educadores.

Por tanto, en este momento del curso de vida, es crucial reafirmar conocimientos y mejorar las actitudes de los jóvenes puesto que autores como Nienstein y Steinberg como se citaron en Curtis (2015), plantean que la adolescencia comprende rangos de edad entre los 18 y 24 años, los cuales transitan en un proceso caracterizado por modificaciones físicas, hormonales, sociales, emocionales y psicológicas propios de esta etapa, cambios biológicos, desarrollo de los órganos internos y órganos reproductores entre otros, convirtiéndose estos en detonadores transversales que aumentan la participación en conductas de riesgo que pueden propiciar la adquisición de VIH/Sida (Hidalgo y González-Fierro, 2014; OMS, 2017c; Curtis, 2015; Gaete, 2015).

Por otro lado, el segundo objetivo específico fue, describir las actitudes que tienen estos adolescentes hacia aspectos relacionados con el VIH/Sida, sobre el cual se tuvo como resultado que el 59.9%, tiene una actitud favorable hacia

aspectos relacionados con el VIH y el porcentaje restante (40.1%), presenta actitudes desfavorables o neutras. Este objetivo se describirá de la siguiente manera: las dimensiones de actitud hacia prácticas sexuales seguras y actitud hacia el uso del preservativo, posteriormente, se describen las actitudes hacia las personas con VIH y hacia la prueba diagnóstica, estableciendo en cada una de ellas un contraste con la teoría expuesta en apartados anteriores. Resulta esencial el análisis de las actitudes al fomentar conductas prosalud, debido a que uno de los modelos teóricos asociados a la psicología de la salud que se abordan para la construcción del presente proyecto son el Modelo de Acción Razonada, los autores de este modelo afirman que las actitudes de los individuos son importantes predictores de la acción (Fishbein y Azjen como se citó en Diez et al., 2005).

En cuanto a la actitud de los participantes hacia las prácticas sexuales seguras relacionadas con el uso del preservativo, el 65.8% presenta actitudes favorables, así mismo, en la dimensión de actitud hacia uso del preservativo, el 44% aseguró que estaría totalmente de acuerdo en convencer a su pareja de usar preservativo si su pareja no quisiera usarlo, siendo mayor el porcentaje en mujeres (48%) que en hombres (37%). Igualmente, en la actitud favorable hacia el uso del preservativo fue más alto el porcentaje en mujeres (65.8%) que en hombres (56.9%). Al comparar estos resultados con la información encontrada en una investigación de ocho años atrás, en donde el 52,8% utilizaron el preservativo durante la primera relación sexual, podríamos notar un leve incremento en cuanto a la realización de la práctica, pero este incremento no resulta suficiente en materia de prevención, aun es mucho lo que debemos mejorar (Orcasita y Uribe, 2009). Esto nos lleva a pensar que, por un lado, aún existen diversas percepciones negativas relacionadas con el uso del preservativo en los adolescentes y estas a su vez se asocian a las conductas diferenciadas por sexo, en cuanto a actitudes hacia la sexualidad y transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, varían por diversos factores como el sexo biológico, sus creencias, nivel educativo, la relación con sus padres o la edad (Libreros et al., 2008).

Cabe resaltar que, en cuanto a las diferencias encontradas entre hombres y mujeres con respecto al uso del preservativo en sus prácticas sexuales, se encontró

que los resultados difieren de lo encontrado en una investigación realizada en la ciudad de Cali- Colombia en donde se evidenció que los adolescentes hombres, tienen mayor predisposición para contraer el virus debido a que pueden presentar mayores conductas de riesgo, tales como relaciones sexuales sin protección; mientras que las adolescentes mujeres, por considerarse con una percepción de susceptibilidad mayor frente a la adquisición del VIH/Sida adoptaban conductas de prevención que las llevaba a una menor exposición al riesgo. Igualmente se había mencionado que puede suceder con mayor frecuencia que los hombres pierdan el control debido al consumo de alcohol, lo cual conlleva a que ellos realicen mayores prácticas sexuales riesgosas tales como tener múltiples parejas sexuales (Uribe et al., 2009). Aunque en la presente investigación se encontró que el porcentaje de actitud favorable hacia el uso del preservativo fue más alto en mujeres (65.8%) que en hombres (56.9%) no se podría asegurar que esta diferencia resulte significativa.

Cuando se les pregunta a los jóvenes sobre si fuera a tener una relación sexual y se diera cuenta de que no tiene preservativos, esperarían a tenerlos para mantener el contacto sexual, las respuestas son variadas entre estar de acuerdo y totalmente de acuerdo se ubicó el 75%, así que el porcentaje restante (25%) no pospone la actividad sexual hasta que tenga el preservativo. Estos resultados concuerdan con lo antes dicho en este mismo estudio, sobre los adolescentes, quienes frecuentemente justifican el no uso del preservativo por situaciones tales como la falta de control, ya sea por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (Berenguera et al., 2012).

Es importante resaltar que tan solo un poco más de la mitad de los participantes (65%), reportaron una actitud favorable hacia prácticas sexuales seguras relacionadas con el uso del preservativo en todas sus relaciones sexuales. Lo cual podríamos relacionar con ciertas características propias de la juventud, tales como la sensación de invulnerabilidad que lleva a los adolescentes a exponerse más a las conductas de riesgo, relacionadas con el nulo o escaso uso del preservativo en las relaciones sexuales. Otra razón, podría ser la utilización de otros métodos como la píldora anticonceptiva que resulta más cómoda, especialmente para las mujeres, la cual, aunque puede prevenir un embarazo no deseado, no logra

evitar el contagio de ETS y el VIH (Rojas-Murcia et al., 2015; Kim, 2016). A pesar de esto, los resultados encontrados resultan más promisorios que los de países como Puerto Rico, en donde solo el 35% de los/las adolescentes entre 13 y 19 años, utiliza condones durante las prácticas sexuales a pesar de contar con los conocimientos necesarios sobre el VIH/Sida y los métodos de protección (Rosado et al., 2016).

Cabe mencionar que el hecho de que países como Colombia, arroje mejores resultados que otros países, en cuanto a conductas protectoras en materia de sexualidad, puede deberse a programas como el Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (MSPS, 2008a), y a la Política Nacional de SSR (2014), las cuales se encuentran en este momento implementando estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, desde diferentes entidades relacionadas con los servicios salud las cuales están enfocadas especialmente en la población entre 10 y 29 años y facilitan el acceso a los servicios de salud a muy bajo costo o cero costo. En este momento de la historia, se reconoce el papel que desempeña la salud sexual y reproductiva en la calidad de vida de las personas (MSPS, 2014). De todas maneras, en los resultados de la presente investigación, se evidencia la necesidad continuar promoviendo desde las diferentes instituciones incluidos los servicios amigables, prácticas sexuales más seguras, a fin de disminuir ese 34% de actitud neutra o desfavorable, hacia prácticas sexuales seguras relacionadas con el uso del preservativo y contribuir así, a la disminución de transmisión del VIH (MSPS, 2012).

A fin de promover prácticas sexuales seguras podría pensarse en mejorar el acceso al uso del preservativo en la población juvenil. En el año 2012 se realizó una investigación en Cali Colombia en donde se pudo evidenciar que los jóvenes adquieren el condón principalmente en las farmacias y no en los centros de salud ni en las universidades. Esto pone en evidencia falencias en el cumplimiento de algunas disposiciones legales que rigen los servicios de salud, dentro de las cuales se establece que a los jóvenes con una vida sexual activa se les debe facilitar o suministrar los preservativos (Valencia y Canaval, 2012). Esta sería una medida importante en materia de prevención de conductas de riesgo.

En cuanto a la actitud hacia las personas con VIH, se hace alusión a actitudes favorables y actitudes desfavorables y neutras. Considerando las actitudes favorables acciones tales como compartir clase con alguien con VIH, estar dispuestos a besar en la mejilla a una persona con VIH y actitudes desfavorables tales como distanciarse de un amigo si se infecta de VIH o no querer compartir ninguna actividad o tener contacto físico con esta persona. Las neutras se refieren a quienes no manifiestan estar ni en acuerdo ni en desacuerdo, por tanto, se ha unificado el porcentaje de neutras con el de desfavorables para agrupar a las personas que simplemente no muestran una actitud favorable hacia personas que tienen el virus, dado como resultado que el 52% de los participantes evidenciaron actitudes favorables y el otro 48% no. Este resultado podría confirmar la idea de que aún existe información errónea procedente de mitos o creencias sobre la infección por VIH (Orcasita et al., 2011) tales como, que las personas con VIH son “merecedores” de estar infectados, además de suponer erróneamente que cualquier acercamiento a ellas implica riesgo de contagio. El alto porcentaje de 48% de personas que no muestran una actitud favorable hacia esta población, puede estar generando situaciones de inequidad (Infante et al., 2006) como se mencionó al exponer la problemática al inicio de esta investigación.

Se puede decir, que se esperaba que el contexto universitario arrojara resultados más favorables en cuanto a actitudes no discriminatorias hacia personas que viven con VIH, debido que según lo encontrado en este estudio, la universidad es una de las principales fuentes de información sobre VIH/Sida, de hecho la segunda después de los profesionales de la salud, pero los resultados encontrados no son alentadores, ya que si esto es así, dentro del ámbito universitario, podría esperarse resultados más bajos en otros ámbitos que gozan de menor información disponible referente al tema. En este sentido, se podrían esperar actitudes de evitación o de discriminación hacia estas personas, con cierta frecuencia, aun dentro del ámbito universitario, esto sería algo en lo que se debería mejorar sustancialmente los próximos años, pues en la medida en que disminuyan las creencias erróneas y se logren modificar las representaciones sociales que contribuyen a generar estigma, mejorara la calidad de vida de las personas con VIH

y disminuirá la transmisión (Antunes et al., 2014).

Una de las principales formas como se podría disminuir la actitud desfavorable hacia las personas con VIH, es mejorando las estrategias de información y educación principalmente en el sector salud, debido a que, si el personal de salud cuenta con más información y comunicación sobre el asunto, mejoraría la atención, con lo cual se lograría mayor control y seguimiento a los pacientes seropositivos y resultaría en la disminución de transmisión a otros (Tamayo-Zuluaga et al., 2015). Igualmente, en el sector educativo, si los docentes realizan actividades de inclusión y son multiplicadores de conocimientos correctos, se podría disminuir los porcentajes de estigma y discriminación en las entidades educativas, lo cual sería un importante aporte.

Con respecto a la actitud hacia la prueba diagnóstica, los resultados son muy positivos, el 69% y el 25% para un total del 94%, manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con realizarse la prueba diagnóstica si tuviera una práctica sexual de riesgo. Adicional a esto, el 72% aseguró estar totalmente de acuerdo en recomendar a un amigo hacerse las pruebas de detección del VIH si él o ella hubieran mantenido prácticas sexuales de riesgo. Si comparamos estos resultados con los encontrados en un estudio realizado Managua (Nicaragua) en donde el 78% de los adolescentes universitarios considera que el Sida es una enfermedad terminal, por lo cual no les parece necesario hacerse la prueba diagnóstica del VIH (Cobos-Sanchiz et al., 2014), los jóvenes Colombianos que fueron objeto de esta investigación, podrían contar con ciertos recursos cognitivos que los lleve a tener actitudes más favorables hacia la prueba diagnóstica del VIH, reconociendo que esta es una enfermedad que puede ser diagnosticada y tratada si se identifica a tiempo.

En consonancia con lo anterior, se encontró un porcentaje del 76.4% de mujeres, frente a un porcentaje del 71.5% en los hombres evidencia una actitud favorable con respecto a la prueba diagnóstica. Con respecto a esta posible diferencia dada en función del sexo no se tiene ninguna teoría previa que brinde explicación sobre el asunto, sin embargo, si se ha mencionado que una actitud favorable hacia la prueba diagnóstica, tanto en hombres como en mujeres, resulta

beneficioso porque podría favorecer la iniciación oportuna del tratamiento antirretroviral, en casos de VIH positivos, además de prevenir la reinfección y de contribuir a evitar la propagación del virus (INFOSIDA, 2016).

Los resultados encontrados en la investigación con respecto a la realización de la prueba diagnóstica, difieren de lo que se había encontrado en la literatura, la cual menciona que los adolescentes frecuentemente piensan que no es necesario realizarse la prueba si se siente bien o si se perciben saludables (Osumah, 2016), no siendo así en el caso de los jóvenes de esta investigación, quienes en un porcentaje alto (74.6%) manifiestan una actitud favorable hacia la realización de la prueba diagnóstica. Sin embargo, se podría mejorar, a través de campañas que fomenten su realización, en las cuales se dé a conocer los beneficios y la accesibilidad de la misma. Referente a este asunto, los jóvenes deberían conocer la respuesta a preguntas tales como ¿en qué consiste la prueba de VIH? ¿Por qué es importante la prueba de detección de VIH? ¿En qué momento debe someterse a una prueba de detección de VIH? ¿Dónde se la puede realizar? Los costos de esta, en los casos en que haya algún valor asociado, la confidencialidad; ¿Qué tipos de prueba existen? ¿En qué consiste? ¿Cuánto se pueden demorar los resultados? ¿Qué hacer en caso de ser positivo el resultado? Estas y otras cuestiones relacionadas con el tema se encuentran disponibles en páginas oficiales de organizaciones como INFOSIDA (2017) lo cual facilita que esta información pueda ser difundida en diferentes espacios culturales y educativos en donde se involucre a la comunidad en general.

Habiendo determinado los conocimientos y descrito las actitudes de estos adolescentes hacia el VIH, resulta oportuno iniciar la discusión del tercer objetivo específico, el cual busca establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia relaciones sexuales seguras (APSS), hacia las personas con VIH (APV), hacia el uso del preservativo (AUP) y la prueba diagnóstica (APD) del VIH.

Tras realizar el cruce de variables, con la prueba estadística de T-student, encontramos que se evidenció una diferencia significativa ($p = 0,001$), en las dimensiones de AUP, APV, APD, no siendo así en la dimensión de APSS. Este resultado concuerda con lo encontrado en un estudio realizado con adolescentes

en México, en donde se evidenció que los conocimientos sobre el Sida no siempre tienen una relación directa con prácticas saludables ni con la modificación de conductas de riesgo (Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003). Algunos otros factores personales como la autoestima, las representaciones sociales, o la influencia de pares, tienen un impacto importante en las actitudes y comportamientos relacionados con conductas sexuales de riesgo de los adolescentes (Ferreira et al.; Antunes et al., 2014) Además, se ha hallado evidencia previa de que los adolescentes se consideran poco vulnerables o susceptibles de adquirir la enfermedad, confirmando lo encontrado en investigaciones de países como Madrid o Puerto Rico, en las cuales un gran porcentaje de adolescentes encuestados en estos dos países, relacionan el VIH/Sida con grupos estigmatizados como las personas consumidoras de drogas y homosexuales; lo cual estaría indicándonos actitudes generalizadas igualmente en Colombia, frente al contagio con VIH entre la población juvenil (Rosado et al., 2016).

De hecho, la última dimensión del Modelo de Creencias en Salud, referido en esta investigación, se enfoca en las barreras percibidas o aquellos obstáculos que se presentan en la puesta en práctica de la conducta esperada, así, aunque un adolescente puede conocer que el uso adecuado del condón es una protección segura para prevenir la infección por VIH, puede resultarle incómodo usarlo, costoso, o difícil de conseguir; por tanto, no lo usa. Estas ideas subjetivas sobre la conducta de salud funcionan como barreras para la acción y podría intervenir en las anteriores dimensiones (Rosenstock, 1974; Moreno y Gil, 2003).

No obstante, resulta oportuno mencionar que la dimensión de APSS en los resultados de la prueba estadística *Chi* cuadrado si arrojó como resultado, diferencias significativas en la distribución de grupos al realizar el cruce entre las variables de CA y CB sobre el VIH y APSS ($\chi^2=7, 129$ $p=0.028$). Esta diferencia dada pudiera deberse a que esta prueba cruza únicamente variables cualitativas y no numéricas, por tanto al realizar el cruce de las variables por grupo de conocimiento alto y bajo con las dimensiones de actitud favorable, desfavorable y neutro si se halla diferencias significativas en los grupos a favor del conocimiento alto, lo cual, aunque resulta favorable para la presente investigación, a fin de

presentar transparencia en los resultados se expuso también el resultado de la T-studen con su respectiva discusión.

Continuando con la discusión de los resultados, se confirmó que el conocimiento si puede incidir de forma directa en las actitudes, las cuales se constituyen no en el único, como se acaba de manifestar, pero si en un componente importante de la conducta. De manera que, los resultados encontrados en las otras dimensiones de AUP, APV, APD evidencian una diferencia significativa ($p = 0,001$), encontrándose estas diferencias a favor del grupo de Conocimiento Alto, en todas las dimensiones. Esto indica que el conocimiento puede impactar de forma significativa en las actitudes de los adolescentes hacia los diferentes aspectos relacionados con el VIH (Cardona et al., 2013).

Por un lado, se evidenció que, con respecto a la actitud hacia uso del preservativo, los jóvenes que presentan conocimientos altos sobre el VIH tienen actitudes favorables frente a la infección y tienden a no exponerse a riesgos, mientras que aquellos que poseen conocimientos bajos, evidencian menos actitudes positivas, por tanto, se expondrán más fácilmente a los riesgos de adquirir ITS y VIH/Sida. Esto se encuentra respaldado por investigaciones realizadas en países como México, España y Croacia entre otros, determinando que a mayores conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención sobre VIH/Sida, mejor serán las actitudes ante el virus, disminuyendo las prácticas de riesgo y la estigmatización social ante la enfermedad. (Alves et al, 2004; Bravo, 2002; Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003; Stulhofer et al., 2007; Teva et al., 2014).

Igualmente, sucede con las actitudes hacia las personas infectadas con VIH, los resultados confirman que a mayor conocimiento correcto, las personas tienen una actitud más favorable hacia personas con VIH, esto mismo, se puede observar en estudios realizados con población juvenil en países como Perú o Etiopía, concluyendo que los conocimientos altos en VIH/Sida guardan una relación directa con las actitudes favorables y con la disminución de discriminación y estigma (Becerra-Gonzales et al., 2012; Girma et al., 2014; Pernaz-Linsuy y Cárcamo-Cavagnaro, 2015). Esta relación positiva entre el conocimiento de la enfermedad la actitud de los individuos y poblaciones, ya se ha estudiado previamente, llegando a

la conclusión de que los comportamientos de las personas dependen en gran medida de los conocimientos que estas posean sobre la enfermedad, así los niveles de información que tienen las personas sobre una enfermedad pueden resultar en prevención de la misma (Bueno et al., 2005).

Así mismo, la prueba diagnóstica del VIH cumple una función importante en evitar la propagación del virus, debido a que puede detectar la presencia del virus oportunamente lo cual, entre otras cosas, contribuye a evitar su propagación. (CDC, 2017). Sobre esta dimensión, los resultados encontrados evidencian una diferencia significativa ($p = 0,001$), a favor del grupo de conocimiento alto, lo cual nos lleva a deducir que para que las personas adopten esta como una medida importante para evitar la propagación del virus (INFOSIDA, 2016), se requiere iniciar movimientos que apunten a impartir información sobre la prueba diagnóstica, los cuales contribuirán a una actitud de mayor disposición hacia la realización voluntaria de la prueba en los adolescentes (Osumah, 2016).

Resulta esencial reconocer los grandes esfuerzos que se han realizado en los últimos 18 años en Colombia por disminuir la transmisión del virus, desde el año 1999 se han planteado estrategias importantes por parte del gobierno tales como, el Plan estratégico VIH 2000 -2003 (MSPS, 1999). Igualmente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) expidió en el año 2003 varios acuerdos; entre ellos el Acuerdo 245 de 2003, por medio del cual se estableció la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS, en el cual el Ministerio de Salud recomendó redistribuir los pacientes con patologías de VIH-SIDA entre otras, dentro de sus diferentes propuestas para solucionar los efectos del alto costo se precisó la necesidad de desarrollar guías de atención en salud para estas enfermedades, las cuales debían ser aplicadas dentro del marco de un modelo de atención, con el fin de lograr tratamientos costo-efectivos y al mismo tiempo alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de las personas.

Después de lo anteriormente manifestado, se han elaborado varias guías, tales como la Guía de atención del VIH/SIDA del Ministerio de Salud de Colombia, adoptada mediante Resolución 412 del año 2000, Guía de prevención secundaria

para personas con VIH (MSPS, 2012), la guía para personas que viven con VIH/Sida Cuidar de mi es cuidar de ti (MSPS, 2012), la cual apunta al fortalecimiento tanto de la capacidad institucional como la comunitaria a fin de reducir la morbilidad por VIH/Sida en grupos considerados de alta vulnerabilidad en Colombia, Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia (MSPS, 2012), Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años, Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos (MSPS, 2014); todas estas, han tenido como objetivo prevenir la transmisión del VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y Sida, frenar la progresión del VIH hacia el Sida y reducir el número de complicaciones y hospitalizaciones las personas con Sida, concediendo especial importancia al manejo de los antirretrovirales, lo cual controla los costos del tratamiento y la mortalidad.

Dentro de estos grandes esfuerzos se suman propuestas en salud muy bien estructuradas tales como el Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (MSPS, 2008a), Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011(MSPS, 2008b), Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (MSPS, 2014), Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida Colombia 2014-2017 (ver figura 3).



Figura 3. Acciones en pro de disminuir la infección por VIH-Sida en Colombia en los últimos 18 años (Fuente: elaboración propia).

En la anterior gráfica se puede observar que, primero, gran parte de los esfuerzos han estado orientados a abordar la problemática desde las instituciones de salud y principalmente, enfocados en paliar el virus en la población ya infectada, por tanto, no aportaban mucho en cuanto a prevenir la transmisión. Ya hace casi 10 años se han venido trabajando otras propuestas como los Modelos de servicios de salud amigables para jóvenes, la cual si bien incluye el componente de prevención, sigue estando ubicada en las instituciones de salud y esto se constituye en una barrera para llegar a toda la población juvenil, debido a que los jóvenes son la población que con menor frecuencia va a las instituciones de salud y menos si se perciben saludables, lo cual se constituye en una importante barrera para hacer prevención, los esfuerzos deberían estar centrados en modelos basados en la promoción y en el fortalecimiento de estrategias que se centren en la prevención. Debido esto, aunque las cifras de mortalidad asociadas al VIH/Sida están disminuyendo, desde el año 2012 hasta el 2016, la cantidad de muertes reportadas por esta causa disminuyó de 2.216 a 763 por año en tan solo cuatro años (MSPS, 2013), durante el tiempo que tomo en producirse esta investigación, se reportaron al SIVIGILA 11.808 nuevos casos de infección en Colombia (hasta la semana 46, correspondiente a noviembre 12 – 18 del 2017), lo cual equivale a 42 nuevos casos de infección de VIH por cada día, de los cuales 1.467 corresponden al Valle del Cauca, posicionándose nuevamente como el tercer departamento del país, en donde más casos de infección se presentan después de Bogotá (2.219) y Antioquia (1.815); de hecho, superando el acumulado esperado para el 2017 en Valle del Cauca de 1.168. Sin embargo, es preciso resaltar que este departamento presenta una notificación más juiciosa en comparación con los otros, quienes presentan un subregistro más notorio, y no refiere que necesariamente haya mayor incidencia.

Lo anterior quiere decir que, aunque se ha conseguido que menos personas mueran por esta causa y se ha mejorado la calidad de vida de los que ya viven con el virus, se ha logrado poco en cuanto a la prevención del virus, porque cada día que pasa más personas adquieren el virus, cada vez en mayor proporción en

comparación con el año anterior, es decir, que la incidencia de nuevos casos lejos de disminuir aumenta, así, aunque menos personas mueran hoy por esta causa, la cuenta de alto costo para mantener con vida a esta población sigue creciendo cada día más.

Por tanto, resulta esencial seguir trabajando en programas de intervención con estrategias descentralizadas que sucedan no únicamente desde las instituciones de salud, debido a que el tiempo transcurrido desde que se inició a trabajar el tema de prevención de VIH en Colombia, ha sido suficiente para demostrar que la prevención no se va a lograr desde estrategias focalizadas únicamente en la población que usa los servicios de salud, a los cuales acude una pequeña parte de la población juvenil.

La prevención real se lograría a través del trabajo comunitario que vaya directamente a las comunas, realizando trabajo de empoderamiento en los mismos jóvenes y en las familias, constituyendo a estas un eje fundamental no solo en prevención sino en promoción de conductas saludables, implementando estrategias que apunten no solo a generar conocimientos, sino al desarrollo de habilidades de comunicación efectivas dentro de la comunidad con el fin de facilitar interacciones asertivas sobre aspectos relacionados con la sexualidad. De esta forma se estaría no solo previniendo sino promoviendo salud a través de ayudar a las personas a adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir de forma saludable en materia de prevención (OMS, 2016d).

Por consiguiente, se hace necesario reivindicar el papel de la familia y de la sociedad como ente educador y transformador no solo desde la juventud, sino desde la misma niñez, debido a que antes de iniciar su vida sexual deberían de contar con las herramientas para enfrentarse a los retos implicados en la adolescencia. Así mismo, la información contenida en internet a través de las TIC las cuales han llegado a ser parte elemental del aprendizaje de los jóvenes y para compensar la cantidad de información errónea, se requiere de referentes importantes como la escuela, la comunidad, los padres o cuidadores y los medios de comunicación masiva para contrarrestar la influencia en esta era de la tecnología,

consiguiendo así la activación de la influencia familiar y social (Orcasita et al., 2011; Uribe et al., 2009; Barceló y Navarro, 2013; Cardona et al., 2013).

Resulta importante enfatizar que gran parte de estos esfuerzos se deben enfocar en poblaciones en condición de vulnerabilidad, promoviendo conocimiento correcto sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/Sida, buscando disminuir el estigma y la discriminación, debido a que este es uno de los factores que limitan el acceso de muchas personas a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y algo que se evidencio en este estudio fue que aún son muchas las personas que siguen manifestando una actitud desfavorable hacia las personas con VIH, lo cual sigue generando situaciones de inequidad afectando en mayor medida a niñas, mujeres y grupos de riesgo (MSPS, 2013).

Por tanto, los programas para prevenir VIH en los próximos años deben llegar a más personas con mayor prontitud, procurando la movilización socio comunitaria, con aportes no solo del sector salud sino también del educativo (ONUSIDA, 2014), implicando temas como el conocimiento comprensivo del Sida (Profamilia, 2010), y de la prueba diagnóstica, contribuyendo de esta forma con la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 que pretende detectar tempranamente los casos de VIH, pasando del 56.5% en el 2013 al 70% en el 2018 (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la presente investigación sobre el conocimiento, actitudes y relación entre estas variables con respecto al VIH/Sida, se estima conveniente sugerir a las instituciones universitarias que revisen y evalúen sus pensum o planes académicos para incluir de forma contundente asignaturas en todas las carreras de pregrado, independiente del área del conocimiento al que pertenezcan, para aportar de esta forma, a la adquisición o fortalecimiento del conocimiento en los estudiantes sobre salud sexual y salud reproductiva en todas sus áreas, como se sugiere también en el estudio realizado por Barceló y Navarro (2013), en especial, en los métodos de planificación, protección y enfermedades de trasmisión sexual incluido el VIH/Sida, como también, comunicación asertiva, toma de decisiones, autonomía, empoderamiento y autocuidado, como se recomienda este último, en el estudio realizado por Uribe et

al (2009). Se deben fortalecer las habilidades para la vida, toma de decisiones y establecimiento de proyectos de vida que se vayan ajustando según las motivaciones y momentos del curso de vida, además de intervenciones con enfoque diferencial.

Teniendo en cuenta que la presente investigación se realizó con población universitaria, resulta esencial reflexionar sobre cómo están contribuyendo o no, los Centros de Bienestar de las universidades en cuanto a fomentar conocimientos y actitudes que faciliten la prevención de ITS/VIH/Sida. Dentro de los objetivos de estos centros esta la “promoción del bienestar integral” de las personas que componen la comunidad educativa, y aunque estos lugares frecuentemente cuentan con la presencia de diversos profesionales en el área de la salud, suele suceder que las actividades que allí se realizan se enfocan en dar atención prioritaria a las manifestaciones de enfermedad que se presenta en la población estudiantil, convirtiéndose de esta forma en centros de atención a la enfermedad, o frecuentemente adquieren la característica de centro de salud de atención primaria, más que de centros de promoción del bienestar.

De esta manera, el significado que adquieren estos lugares en los jóvenes universitarios se relaciona con primeros auxilios, enfermería, atención de urgencias o de atención psicológica básica, pero no con un lugar donde acudan si están sanos y necesiten orientación en temas como el ejercicio de su sexualidad. Se observa que aquí nuevamente se está repitiendo el patrón tan marcado en la historia, de simplemente atender la enfermedad más que prevenir la misma. Por tanto, resulta pertinente hacer un llamado a las universidades para consideren la puesta en marcha de estrategias centradas en la promoción de la salud, dentro de las cuales se contemplen temas como el fomento de conocimientos y prácticas sexuales seguras.

Igualmente, la educación no solo debe ser pensada y dirigida a los adolescentes y jóvenes universitarios, también es importante generar un proceso de sensibilización en los docentes de las instituciones académicas, puesto que para la presente investigación nos encontramos que, los docentes de las facultades de ciencias sociales y de la salud mostraban mejor disposición hacia estos temas,

respondían con mayor prontitud los correos enviados, facilitaban con mejor disposición tiempo al final de sus clases para la aplicación de los instrumentos (aunque este tiempo no superaba los 30 minutos), mientras que docentes de ingenierías y ciencias administrativas manifestaron la tendencia a no responder los correos o a no facilitar el espacio para que los estudiantes participaran en la investigación, lo cual dio como resultado, que la muestra, estuvo conformada en mayor proporción por estudiantes de las facultades de humanidades y ciencias sociales y de la salud, que los de ciencias administrativas o ingenierías. Estas respuestas pueden deberse tal vez, a que los docentes no perciban este tema como importante por no estar directamente relacionado con sus asignaturas, y no es algo que conciben como un aporte a la profesión de los estudiantes, por tanto, aunque no se relaciona con su asignatura si puede afectar directamente la salud y la vida de sus estudiantes. Con respecto a esto, se considera importante que las universidades, en este caso, en lo que compete a las directivas universitarias, se manifiesten para que el apoyo a estrategias como estas que tocan temas de salud pública, se cuente con el apoyo de toda la comunidad educativa y no quede a merced de la decisión autónoma de los docentes.

En este sentido, garantizar estos procesos no depende exclusivamente de las instituciones académicas, a esta iniciativa se deben sumar actores y sectores que promuevan e impulsen el ejercicio desde la academia, como también, el impulso desde políticas públicas generadas como leyes de estado y desde los Ministerios de Educación y de la Salud. Aunque si bien, existen ya iniciativas que aportan a promover y prevenir las ITS y la transmisión del VIH, como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y los Servicios Amigables, y también instituciones especializadas como Profamilia, aún no han sido suficientes para regular de forma contundente el incremento de adolescentes y jóvenes contagiados por el VIH/Sida.

Aunque en investigaciones ya revisadas y de acuerdo a los resultados de este estudio, los conocimientos se convierten en aspectos fundamentales para mejorar las actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH, y sin lugar a duda, permite fortalecer las prácticas sexuales seguras, aunque no son en sí misma un determinante absoluto para generar este tipo de conductas, si, aportan de forma

significativa a su prevención. Por tal razón, esta investigación se convierte en una evidencia para el desarrollo de políticas y programas locales, regionales y nacionales en función de la prevención del VIH/Sida en adolescentes y jóvenes.

También, se considera pertinente que diferentes áreas del conocimiento establezcan sinergias para el aporte en el diseño, construcción y ejecución de programas y acciones en función de la promoción y prevención del VIH/Sida en adolescentes y Jóvenes, no solo universitarios, sino también, desde las escuelas, colegios, y comunidad en general, en especial aquellos que no tienen fácil acceso a la educación superior, aunque acceder no garantiza plenamente actitudes favorables hacia el VIH/Sida, como ya se expuso anteriormente en este estudio, si genera aportes significativos que contribuyen al mejoramiento de actitudes favorables.

En este sentido, los profesionales de las ciencias de la salud y ciencias sociales, en especial, los(as) Psicólogos(as) de la Salud tienen un gran reto y amplio campo en el cual pueden poner todos sus conocimientos y prácticas para ayudar al establecimiento de sinergias entre profesiones, puesto que son ellos los que tienen una amplia claridad en reconocer que el trabajo interdisciplinar permite logros importantes, como también logran reconocer que la enfermedad es algo más que un estado, pensando no solo en el proceso de la misma enfermedad como un fenómeno meramente biológico, sino, social, comunitario, político, familiar e individual, identificando también, procesos salutogénicos en las personas, entendiendo el por qué una persona enferma, pero también por qué una persona permanece sana, para comprender que en la salud del ser humano intervienen o convergen diferentes elementos que afectan o favorecen la salud, desde una mirada integral, ecológica y biopsicosocial, no es la suma de las partes, es su desarrollo homeostático lo que permite su armonía.

En este sentido, resulta preocupante de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, que después de dos décadas de investigación con respecto al VIH/Sida en diferentes países de Sur América, África y Europa, se encuentra que los resultados son muy similares al pasar los años, el conocimiento y las actitudes sobre aspectos relacionados con el virus se encuentran en condiciones similares (bajo

conocimiento y actitudes medianamente favorables) y los cambios al respecto no son notorios, lo que significa que a pesar de que existe un número de investigaciones considerables al respecto, como también, programas, actividades y políticas públicas en los países, los datos estadísticos de infecciones nuevas en adolescentes y jóvenes en estos continentes no son alentadores, al parecer, cada vez crece en porcentajes significativos.

También, cabe resaltar, que el presente estudio presenta algunas limitaciones importantes a considerar, una de ellas es que parte de la muestra de estudiantes universitarios estuvo conformada por alumnos de primer semestre, lo que puede impactar en el resultado final puesto que no han visto materias universitarias y no han logrado aún interactuar con actividades y programas que tal vez la universidad tenga con respecto al tema abordado en esta investigación sobre conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida. Por otro lado, y de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, hubiese sido enriquecedor obtener información de orden cualitativa para contrastarlo con los resultados cuantitativos hallados, puesto que las actitudes identificadas en grupos focales a través de las narraciones, potenciaría o no lo encontrado en las encuestas aplicadas para este estudio.

A nivel metodológico se considera importante a futuro, hacer un análisis contrastando las variables de conocimientos y actitudes con las características sociodemográficas, tales como; si vive con ambos padres, presenta actitud favorable o no hacia el uso del preservativo o si tiene pareja estable, mayor o menor uso del preservativo, contrastación entre universidades públicas y privadas, diferencias entre carreras de Ciencias Sociales y Humanidades vs. Ingenierías o Ciencias de la salud.

Por último, cabe resaltar que a pesar de que la muestra de la presente investigación fue tomada de una sola universidad privada perteneciente a un estatus socioeconómico medio - alto, la población que participo fue bastante grande y diversa debido a que en la universidad hay muchos jóvenes pertenecientes al programa de inclusión educativa "ser pilo paga" del ministerio de educación en el actual gobierno del presidente Juan Manuel Santos, los cuales provienen

principalmente del sur occidente del país y corresponden a los estratos bajo y medio, además a pesar de que existe una concentración importante de población urbana, las cifras resultantes, no son muy dispersas o distantes. Por tanto, se considera que la muestra es suficientemente grande y diversa como para que los resultados obtenidos en este estudio puedan tomarse en cuenta a la hora de realizar proyectos desde las secretarías de salud y educación municipal que favorezcan el desarrollo de programas o políticas locales en función de la prevención del VIH/Sida.

Referencias

- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012 - 2015*. Recuperado de, http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/2013/Plan_de_desarrollo2012-2015F.pdf.
- Alves, J., Gaspar, M., Ramiro, L. y Reis, M. (2014). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 19 (5), 614–624.
- American Academy of Pediatrics. (2008). *Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Recuperado de, <http://www.aliviane.org/launch/documents/BF3PocketGuide.pdf>
- Amador, G., Uribe, J., Villarreal, L. y Zacarías, X. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494.
- Antunes, L., Vizeu, B. y Bousfield, A. (2014). Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 43-57.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>
- Barceló, R. y Navarro, E. (2013). Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. *Salud Uninorte*, 29 (2), 298-314.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, 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. *Pan American Journal Public Health*, 10 (2), 86 - 94.
- Bas, E. y Pérez M. (2010). Desafíos de la familia actual ante la escuela y las tecnologías de información y comunicación. *Educatio Siglo XXI*, 28 (1), 41-68.

- Becerra-Gonzales, V., Chunga-Iturry, N., Palomino-Cruzado, C., Arévalo-Rodríguez, T., Nivín-Huerta, J., Portocarrero-Ramírez, L., Gutiérrez, C. (2012). Asociación entre el conocimiento de las mujeres peruanas acerca del VIH y sus actitudes frente a personas infectadas. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 01-08.
- Berenguera, A., Almeda, J., Violan, C. y Pujol-Rivera, E. (2012). Percepción del riesgo de infección por VIH-SIDA de los usuarios de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención-control del VIH-SIDA en Catalunya. *Atención Primaria*, 44 (5), 293 - 302.
- 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.*
- Bermúdez, M. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/Sida en Europa: Análisis de las diferencias entre países. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 89-106.
- Bueno, J., Madrigal, A. y Mestre, F. (2005). El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 33-55.
- Bravo, B. G. (2002). Conocimientos y actitudes del adolescente hacia el VIH/Sida. [Tesis Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León. México
- Caballero-Hoyos, R. y Villaseñor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45, 108-114.
- Campo-Arias, A., Silva, J., Meneses, M., Castillo, M. y Navarrete, P. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (4), 367-377.
- Cardona, J., Arboleda, P. y Rosero, C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Salud Uninorte*, 29 (2), 236-248.
- Carratalà, E., Espada, J. y Orgilès, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y

- divorciados. *Salud Mental*, 36, 387-391.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Youth risk behavioral surveillance system*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2017). *Transmisión del VIH*. Recuperado de, <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>
- Cobos-Sanchiz, D., López-Noguero, F. y Reyes-Costales, M. E. (2014). Actitudes, conocimientos y prácticas de riesgo ante el virus de la inmunodeficiencia humana entre la población universitaria de Chontales (Nicaragua). *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 23, 173-197. DOI:10.7179/PSRI_2014.23.08.
- Cortés, A., García, R., Lazo, Z., Bolaños, J., Ochoa, R. y Pérez, D. (2014). Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. *Medicent Electrón*, 18(1), 11-18.
- Curtis, A. (2015). Defining Adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*. 7 (2), 1-39. Available at <http://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2>
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>
- Descriptores en ciencias de la salud. (2017). *Conocimiento*. Recuperado de http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&path_database=/home/decs2017/www/bases/&path_cgibin=/home/decs2017/www/cgi-bin/decserver/&path_data=/decserver/&temp_dir=/tmp&debug=&clock=&client=&search_language=e&interface_language=e&navigation_bar=Y&format=LONG&show_tree_number=F&list_size=200&from=1&count=5&total=10&no_frame=T&task=hierarchic&previous_task=hierarchic&previous_page=hierarchic&mfn_tree=033182#RegisterTop

- Díaz, C., Cantillo, L., García, K., Martínez, L. y Vega, J. (2014). Conocimientos sobre VIH/ SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19 (2), 38-52.
- Diez, E., Juárez, O. y Villamarin, F. (2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125 (5), 193-197.
- El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2016). *Hoja informativa estadísticas noviembre del 2016*. Recuperado de, <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Espada, P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Örgiles, M. y Sierra, J. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46 (10), 558-564.
- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T., Secades-Villa, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a New Instrument to Assess AIDS-Related Attitudes among Spanish Youngsters. *Anales Psicología*, 29, 83-89.
- Ferreira, M., Bento, B., Chaves, C y Duarte J. (2014). The impact of self-concept and self-esteem in adolescent's knowledge about HIV/AIDS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 575 – 582.
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A y Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model–Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology*, 21 (2) 177–186.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2014). *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014*. Recuperado de, https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.CO_20150814_LIBROVIH2014_V-0.0.VERSI%C3%93N%20FINAL---.pdf
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6), 436-443.
- García, J., Owen, E. y Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del Modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología*

- y *Salud*. 15 (1) 135 - 151.
- Girma, E., Gebretsadik, L. A., Kaufman, M. R., Rimal, R. N., Morankar, S. N. y Limaye, R. J. (2014). Stigma Against People with HIV/AIDS in Rural Ethiopia, 2005 to 2011: Signs and Predictors of Improvement. *AIDS Behavior*, 18, 1046–1053.
- Guerrero-Hernández, L. y Ramos González-Serna L. (2015). Conocimientos, actitudes y creencias de los adolescentes sobre el VIH/sida. *Metas Enfermería*, 18 (9), 68-75.
- Hall, G. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton and Company.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación (4taEd.)*. México D.F: McGraw Hill.
- Hidalgo, M. y Gonzalez- Fierro, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12 (1), 42-46.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48, 141-150.
- INFOSIDA. (2016). *Pruebas de detección del VIH*. Recuperado de, <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih>
- INFOSIDA. (2017). *Transmisión del VIH*. Recuperado de, <http://www.infosida.es/que-es-el-vih/transmision-del-vih#>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). Boletín Epidemiológico Semanal [BES]. *Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*. Recuperado de, <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2017%20Bolet%3%ADn%20epidemiol%3%B3gico%20semana%2007.pdf>
- Irala, J. (2016). Safe Sex Belief and Sexual Risk Behaviors Among Adolescents: Project YOURUFE. *Issues in Law & Medicine*, 31(2), 185-190.
- Janz, N. y Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health*

Education Quarterly, 11 (1), 1 - 47.

- Kamal, M. (2012). Vulnerable sexuality and HIV/AIDS prevention knowledge among ethnic tribal male youth in Bangladesh. *Sex Education*, 12 (2), 127–145.
- Kaptanoglu, A., Süer, K., Dikta, H. y Hinçal, E. (2013). Knowledge, attitudes and behaviour towards sexually transmitted diseases in turkish cypriot adolescents. *Central European Journal Public Health*, 21 (1), 54-58.
- Kim, J. (2016). The effect of peers on HIV infection expectations among Malawian adolescents: Using an instrumental variables/school fixed effect approach. *Social Science & Medicine*, 152, 61-69.
- Libreros, L., Fuentes, L. y Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 9 (4), 1 -11
- Matsuoka, G., Vega- Dienstmaier, J., Mazzotti, G., Chavez-Paz, J., Mendoza, D., Miranda-Vereatequi, C. y Sanchez-Alfaro, J. (2003). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA y enfermedades de trasmisión sexual en pacientes varones con trastornos psicóticos. *Actas españolas de Psiquiatría*, 31, 73-78.
- Meda, R., Moreno, B., Morales, M., Torres, P., Lara, B. y Nava, G. (2004). Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3 ,32 - 33.
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 008430 de 1993*. Santafé de Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006*. Bogotá: Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Ministerio de la Salud y Protección Social. (2008a). Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Recuperado de, <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>

- Decenal%20-
%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1), 91 - 109.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Orcasita, T., Uribe, A. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1 -31
- Orcasita, L. T., Peralta, A., Valderrama, L. J., & Uribe, A. F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/sida. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 30, 155-195.
- Orcasita, T., Uribe, A. y Valderrama, L. (2011). Conocimientos y Actitudes frente al VIH/Sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos. *Revista colombiana de psicología*, 22 (1), 59-73.
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de, <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Percepción de los riesgos, Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Recuperado de, http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a*

- systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people / editors: David Ross, Bruce Dick, Jane Ferguson.* Recuperado de, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43453/1/WHO_TRS_938_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *QUIÉNES SOMOS Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA Fortalecer el sector sanitario para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH.* Recuperado de, http://www.who.int/hiv/mediacentre/Who_we_are_A4_es.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda década.* Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). *Datos y Cifras sobre VIH/SIDA.* Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016–2021 hacia el fin del sida.* Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250574/1/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2016c). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.* Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016d). *¿Qué es la promoción de la salud?* Recuperado de, <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Temas de Salud VIH/SIDA.* Recuperado de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Consumo de drogas inyectables y VIH.* Recuperado de, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017d). *Adolescentes: riesgo para la salud y soluciones*. Recuperado de, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washington, D.C. 2010. Recuperado de, <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *OPS insta a intensificar nueve medidas para poner fin al sida en 2030*. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1105:ops-insta-a-intensificar-nueve-medidas-para-poner-fin-al-sida-en-2030&catid=681&Itemid=239
- Osumah, A. (2016). Relationship between Knowledge and Attitude towards HIV Voluntary Counselling among adolescents in Secondary Schools in Edo State. *IFE Psychologia*, 24 (2), 17-26
- Paniagua, J. L. (1998). Escala VIH/SIDA – 65 (documento inédito).
- Patra, S. y Kumar, R. (2015). Knowledge and behavioral factors associated with gender gap in acquiring HIV among youth in Uganda. *Journal of Public Health Research*, 4 (470), 101-108.
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W. y González-Martínez, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23, 53-60.
- Pernaz-Linsuy, G. y Cárcamo-Cavagnaro, C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (4), 667-72.
- Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2010). *Fortalecer el*

- sector sanitario para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH. Recuperado de, http://www.who.int/hiv/mediacentre/Who_we_are_A4_es.pdf.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2014). *Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/november/20141118_PR_WAD2014report.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2016a). *Hoja informativa — últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de, <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2016b). *Get on the Fast-Track — The life-cycle approach to HIV*. Recuperate to, <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y Modelos Teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 4 (1), 123-140.
- Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 22 (2), 200-204
- Rodríguez, M., Muñoz, R. y Sánchez, I. (2016). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. *Enfermería global*, 41, 164-173.
- Rojas-Murcia, C., Pastor, Y. y Hernández, J. (2015). Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 28-38.
- Rokeach, M. (1968). Naturaleza de las actitudes. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 1, 294. Recuperado de, http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/8.pdf
- Rosado, G., Rivera, G., Larrieux, V., Torres, G., Betancourt, E., Varas, N. y Villaruel, A. (2016). Estigma y VIH/Sida entre padres/madres y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 134 – 145.






- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2 (4), 329 - 332.
- Rosental, M. y Ludin, P. (1965). Conocimiento. *Ediciones Pueblos Unidos. Diccionario soviético de filosofía. Montevideo*. Recuperado de, <http://filosofia.org/enc/ros/conoc.htm>
- Sagarò, N., Gómez, M., Moraga, A., y García, Y. (2014). Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *MEDISAN*, 18 (8) ,11-39.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. (2017). *Boletín epidemiológico de eventos de interés en salud pública Cali, Periodo epidemiológico I – 2017*. Recuperado de, http://www.cali.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=21472&id_comunidad=salud.
- Silva-Fhon, J., Andrade-Iraolab, Palacios-Vallejosb, E., Rojas-Huaytac, V. y Mendonça-Júniord, J. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 139-144.
- Slonim-Nevo, V. y Mukuka, L. (2007). Child abuse and AIDS-related knowledge, attitudes and behavior among adolescents in Zambia. *Child Abuse & Neglect*, 31, 143–159.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., Ajdukovic, D. (2007). HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes and Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives*, 33 (2), 58–65
- Swenson, R., Rizzo, C., Brown, L., Vanable, P., Carey, M., Valois, R., DiClemente, R. y Romer, D (2010). HIV Knowledge and Its Contribution to Sexual Health Behaviors of Low-Income African American Adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 102(12), 1173-1182.
- Tamayo-Zuluaga, B., Macias-Gil, Y., Cabrera-Orrego, R., Hanao-Pelaez, J., Cardona-Arias, J. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín,

- Colombia. *Revista Ciencia y Salud*, 13 (1), 9-23.
- Teva, I., Bermúdez, M. P. y Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.
- Uribe, A. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada. España
- Uribe, A., Orcasita, L. y Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (1) 11 - 24.
- Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A., Orcasita, L. y Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 29-44.
- Uribe, A., Vergara, T. y Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1513-1533.
- Uribe, J., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A. y Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.
- Valencia, P. y Canaval, G. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitario de Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14 (5), 810-821.
- Velásquez, S. y Bedoya, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/Sida. *Medicina UPB*, 29 (2), 144-154.
- Vargas, R. (2006). Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y la salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4792260.pdf>
- Zelada, A., Valdivia, A., Saavedra, C., Oliva, M. y González, M. (2014). Nivel conocimientos sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y conducta

en adolescentes estudiantes de Enfermería. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 66 (2), 295-304.

Anexos

Anexo 1. CUESTIONARIO GENERAL
(Grupo CAPS, 2017)

En este momento se está realizando una investigación que tiene como objetivo conocer lo que piensan los jóvenes sobre diferentes temas. **TU PARTICIPACIÓN es MUY IMPORTANTE** para nosotros. Este cuestionario no es un examen, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Tus respuestas son **ANÓNIMAS**. Por favor, lee atentamente las instrucciones que encontrarás a continuación      de con **SINCERIDAD**. No escribas tu nombre en ninguna parte. Recuerda llenar **COMPLETAMENTE** el círculo correspondiente. Para cambiar una marca, señalala con una X y llena la nueva opción, como en el siguiente ejemplo:

Estrato (según tu recibo público): 1 2 3 4 5 6

Sexo: Hombre	Mujer	Género: Femenino	Edad: 16 17 18 19
Intersexo		Masculino Otro _____	20 21 22

Ciudad: Cali Popayán Pasto Otra _____

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otra _____

Universidad: Privada Pública

Facultad: Humanidades y Ciencias Sociales Ciencias Económicas y Administrativas
Ingeniería Ciencias de la Salud Otra _____

Carrera: Arquitectura Artes Visuales Ciencia Política Comunicación Derecho Diseño Comunicación Visual Filosofía Psicología	de	Administración de Empresas Contaduría Pública Economía Negocios Internacionales Medicina Enfermería Nutrición y Dietética Biología	Ingeniería Civil Ingeniería de Sistemas y Computación Ingeniería Electrónica Ingeniería Industrial Matemáticas Aplicadas Otra _____
---	----	---	--

Semestre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Situación sentimental: Soltero/a En una relación
Otra _____

Si respondiste que estás en una relación, ¿desde hace cuánto tiempo?
0 a 6 meses 6 a 12 meses 12 a 24 meses 24 a 36 meses Más 36 meses

¿Con quién vives?: Padre Madre Ambos padres Familiares Amigos
Solo Otros _____

¿Cuál es tu religión?:	Católica Ninguna	Musulmana Otra _____	Evangélica	Cristiana	Protestante	Judía
¿Eres practicante de tu religión?:	Sí	No	No aplica			

1. Durante los últimos 6 meses, ¿has recibido información sobre <u>PREVENCIÓN DEL VIH</u>?	Sí	No
2. SI RESPONDES <u>SÍ</u> A LA <u>PREGUNTA ANTERIOR</u>, por favor, marca de la siguiente lista cuál fue la(s) principal(es) fuente(s) de la información. Puedes marcar <u>VARIAS</u> opciones.		
1. Programas de TV o de radio 2. Artículos en revistas o periódicos 3. Publicidad en las calles 4. Instituciones de salud 5. Tu universidad 6. Instituciones educativas	7. Amigos/conocidos 8. Familia 9. Internet 10. Profesionales de la salud 11. Otra _____	

A continuación, vas a leer una serie de afirmaciones, por favor, marca aquella respuesta que consideres la mejor. Las opciones serán: **VERDADERO (V)**, **FALSO (F)**, **NO SÉ (NS)**. Recuerda elegir **SOLO UNA RESPUESTA** por cada frase.

		V	F	NS
1 .	Las personas que ejercen trabajo sexual tienen un alto riesgo de contraer el VIH.			
2 .	Se puede saber si una persona tiene el VIH tan solo con mirarla.			
3 .	Se puede contraer el VIH si se comparte jeringas con otra persona.			
4 .	Se puede transmitir el VIH a través del semen.			
5 .	Las personas pueden reducir la probabilidad de infectarse del VIH si evitan tener relaciones sexuales.			
6 .	Se puede contraer el VIH si se comparte cuchillos, tenedores o vasos con una persona con el virus.			
7 .	Los hombres con VIH pueden transmitir el virus a las mujeres.			
8 .	El VIH es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.			
9 .	Recibir una transfusión de sangre que está infectada con el VIH puede transmitirle a una persona el virus.			
1 0 .	Las mujeres con el VIH pueden transmitir a los hombres.			
1 1 .	Una persona puede reducir la probabilidad de adquirir el VIH si no tiene relaciones sexuales.			
1 2 .	Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen VIH.			
1 3 .	Se puede contraer el VIH si se toca o se está cerca de una persona con el virus.			

1 4 .	El VIH se puede transmitir a través de una relación sexual entre un hombre y una mujer.			
-------------	---	--	--	--

1 5 .	Todas las personas con VIH son de orientación homosexual.			
1 6 .	Tener el VIH no es grave, es como estar resfriado.			
1 7 .	El estrés puede causar VIH.			
1 8 .	Se puede evitar contraer el VIH si se practica deporte con regularidad.			
1 9 .	Es posible que una persona contraiga el VIH si habla a través de un teléfono público que ha sido utilizado por una persona con el virus.			
2 0 .	Se puede contraer el VIH si se sienta en los sanitarios de los baños públicos.			
2 1 .	Se puede contraer el VIH si se comparte la misma habitación con alguien con el virus.			
2 2 .	Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del VIH.			
2 3 .	Se puede contraer el VIH si se comparte la ropa con otra persona con el virus.			
2 4 .	Las personas con el VIH son más propensas a contraer otras enfermedades.			
2 5 .	Los hijos de una madre con el VIH corren mayor riesgo de contraer el virus.			
2 6 .	En la actualidad, no hay cura conocida para el VIH.			
2 7 .	Una persona puede tener el VIH y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.			

28	. Las personas pueden tener el VIH y no estar enfermas.			
29	. Las personas pueden contraer el VIH con un apretón de manos.			
30	. El VIH se ha encontrado solamente en los hombres.			
31	. Se puede contraer el VIH si se usan objetos personales de alguien, como un cepillo del cabello.			
32	. El VIH debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.			
33	. Se puede contraer el VIH a través de penetración anal.			
34	. Se puede contraer el VIH si se bebe del mismo vaso que usó una persona con el virus.			
35	. Se puede transmitir el VIH mediante abrazos.			
36	. El VIH puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.			
37	. Los hombres con orientación homosexual corren un alto riesgo de contraer el VIH.			
38	. El estornudar y el toser pueden transmitir el VIH.			
39	. Se puede contraer el VIH en la piscina.			

40	Se puede contraer el VIH si se establece contacto físico con alguien que está infectado, aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.			
-----------	--	--	--	--

Elige, por favor, si estás **De acuerdo (DA)**, **En desacuerdo (ED)** o **No sé (NS)** con las afirmaciones que vas a leer a continuación. Recuerda marcar **SOLO** una opción llenando **COMPLETAMENTE** el círculo.

¡MUCHAS GRACIAS! POR FAVOR VERIFICA QUE RESPONDISTE TODO EL CUESTIONARIO


COMENTARIOS O SUGERENCIAS ADICIONALES

Anexo 2. INSTRUMENTO VIH/SIDA 65

(Bermúdez, Buena-Casal y Uribe 2005 adaptado por Hoyos y Sanabria, 2017)

Anexo 3. ESCALA DE ACTITUDES VIH/SIDA

(Espada, Ballester, Huedo, Secades y Martínez, 2013)

Elige, por favor, si estás **Totalmente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **De acuerdo** o **Totalmente de acuerdo** con las afirmaciones que vas a leer a continuación. Recuerda marcar **SC**  llenando **COMPLETAMENTE** el círculo.

Para cambiar una marca, señale con una X y llena la nueva opción, como en el siguiente ejemplo:

		Total mente desac uerdo	En desac uerdo	De acuer do	Total mente acuer do
1	Estaría dispuesto(a) a usar el preservativo en una relación sexual con penetración.				
2	Si fuera a tener una relación sexual y me diera cuenta de que no tenemos preservativos, esperaría a tenerlos para mantener el contacto sexual.				
3	Estaría dispuesto(a) a llevar preservativos para mi uso.				
4	Estaría dispuesto(a) a decir delante de mis amigos que estoy a favor del preservativo.				
5	Estaría dispuesto(a) a defender en público el uso del preservativo.				
6	Si mi pareja quisiera prescindir del preservativo, yo trataría de convencerla para usarlo.				
7	Si mi pareja quisiera practicar sexo sin preservativo, yo me negaría.				
8	Estaría incómodo(a) si en mi clase hubiese alguien con VIH.				
9	Estaría dispuesto(a) a besar en la mejilla a una persona con VIH.				
10	Si un amigo(a) se infectara con el VIH, probablemente me distanciaría de él.				
11	Estaría dispuesto(a) a realizarme las pruebas del sida si tuviera una práctica de riesgo.				

1 2	Recomendaría a un amigo(a) hacerse las pruebas de detección del VIH si él o ella hubiesen mantenido prácticas sexuales de riesgo.				
----------------------	---	--	--	--	--

¡MUCHAS GRACIAS! POR FAVOR VERIFICA QUE RESPONDISTE TODO EL CUESTIONARIO

COMENTARIOS O SUGERENCIAS ADICIONALES

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Joven Estudiante,

Paula Andrea Hoyos Hernández, Linda Teresa Orcasita, Fabián Bravo Reyes, Paola Tascon, Juan Pablo Sanabria, del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, y Bienestar, Trabaja, Cultura y Sociedad de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, te invitan a participar de una investigación que busca caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de tres instituciones educativas de la ciudad de Cali, Pasto y Popayan sobre el VIH, el SIDA y la realización de la prueba diagnóstica.

Para la recolección de información se realizará la aplicación de un cuestionario que debes diligenciar de **manera individual** con una duración aproximada de una hora. La información que tú nos des es **CONFIDENCIAL**, por lo cual **NO** se usará tu nombre, y no se reportarán datos individuales a la Institución. La información obtenida se usará **ÚNICAMENTE** con fines de investigación, donde la información recolectada será tratada bajo unos códigos asignados y pseudónimos. La **DECISIÓN** de participar o no en el estudio es **PERSONAL y VOLUNTARIA**, y te puedes retirar en cualquier momento.

A toda la información sólo podrán acceder los investigadores del estudio, y en caso de publicación de los resultados (ya sea en el documento o en revistas científicas u otras formas de publicación y presentación), **en ningún caso sus nombres aparecerán**. La identificación que se registre será el código asignado.

La investigación **no representa riesgos para la salud. Tampoco representará beneficios económicos** (es decir, no recibirás dinero por la participación) **ni costo alguno**, a excepción del tiempo que destinarás para los encuentros que se tendrán. Durante la participación, tienes derecho de realizar las preguntas que consideres necesarias o de abstenerte de responder si en algún momento llegaras a sentirte incómodo(a) con alguna de ellas.

En relación con lo anterior, los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes. Aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a

continuación, se presenta una serie de informaciones que deberás tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

ACLARACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN.

- Tu decisión de participar en el estudio es completamente **libre y voluntaria**.
- No habrá ninguna consecuencia para ti, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decides retirarte del proyecto, puedes hacerlo en el momento que lo desees, agradeciendo que nos informes las razones, pero con plena seguridad que serán respetadas.
- **No tendrás que hacer gasto** alguno durante el estudio.
- **No recibirás pago** por tu participación.
- En el transcurso del estudio tú podrás solicitar información actualizada sobre él mismo.
- La información obtenida en este proyecto, utilizada para la identificación de cada individuo, se mantendrá **en estricta confidencialidad**, identificándote sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por ti.

Si **ACEPTA**, por favor **COMPLETE** la siguiente información y firme.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación de la actividad. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para **la aplicación de un cuestionario**.

Yo, _____, identificado con CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos y fines del presente estudio a realizar por la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Firma del/la joven _____ Teléfono principal: _____
CC: _____

Testigo

Nombre _____

Firma: _____

CC _____ Celular _____

FIRMA

Paula Andrea Hoyos Hernández

Investigadora Principal

Departamento de Ciencias Sociales | Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia

Calle 18 N.° 118-250 Cali, Colombia
Tel.: (+57-2) 3218200 Ext.: 8585
paulahoyos@javerianacali.edu.co

¿Desearías participar en grupos de discusión diseñados para jóvenes, en los que se conversarán estos temas con mayor profundidad?

SI _____ NO _____

Anexo 5. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA PROYECTO CAPS VIH - 2017

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Durante la ejecución y la aplicación del proyecto de investigación titulado: *“Conocimientos, actitudes, prácticas y significados socioculturales asociados al VIH/SIDA y la prueba diagnóstica del VIH en adolescentes de Cali”*, se emplearán una serie instrumentos (cuestionarios y escalas), como insumos que permitirán recolectar la información cuantitativa y cualitativa del estudio. En este punto, cabe resaltar que todos los participantes del proyecto, adolescentes entre los 18 y 22 años de edad, deberán encontrarse inscritos en alguna de las carreras profesionales de la universidad privada donde se realizará la investigación.

La aplicación de los cuestionarios contará con la presencia de dos o más personas (investigador/a, joven investigador/a, monitor/a o voluntario), con previa firma del consentimiento informado por parte del estudiante. El diligenciamiento de la batería de los instrumentos tendrá una duración aproximada entre los 30 y 45 minutos. Los espacios de aplicación podrán ser aulas de clase, auditorios o algún otro lugar que cuente con sillas y mesas. Solo podrá participar el estudiante que haya firmado previamente el consentimiento informado.

A continuación, se describen los procedimientos que se deben realizar durante la fase de recolección de datos del componente cuantitativo (cuestionarios, lista de recursos y estrategias de campo).

COMPONENTE CUANTITATIVO

Procedimiento

1. Preparación para la aplicación de los instrumentos:
 - a. Informar o acordar con la institución educativa el día y hora de la aplicación. Estimar el número de personas que van a asistir y sus roles. Solicitar un espacio (salón, auditorio, u otro) para la aplicación. Se recomienda llegar entre 20 y 30 minutos antes de la hora acordada para alistar materiales, llamar a los alumnos o esperar a que los directivos puedan ayudarlos.
 - b. Corroborar que el consentimiento informado esté diligenciado por el representante legal, y que concuerde con el nombre de la lista de estudiantes (recomendación, realizar una lista de los representantes legales que dieron su consentimiento junto con los nombres de los estudiantes y solicitar una firma del participante donde confirme el nombre de su representante legal –ver tabla 1).

Tabla 1

Nombres y apellidos de los representantes legales	Nombres y apellidos participante	Firma participante

- c. Empacar en los sobres los cuestionarios y los asentimientos, y confirmar que cada sobre contenga ambos documentos por técnica del azar; es decir, tomar cuatro o cinco sobres de distinta ubicación del paquete completo y revisarlos nuevamente.
 - d. Durante la aplicación, realizar la presentación del equipo y la investigación, realizar en conjunto una lectura-resumen del asentimiento informado, responder con ellos/as las primeras tres o

cuatro preguntas por si llega a surgir alguna duda, avisar el tiempo de duración (30 a 45 minutos) y escribir en el tablero -si hay- los nombres para que los puedan identificar y las condiciones del cuestionario (individual, confidencialidad, duración, entre otros). Al finalizar la parte de la presentación, preguntar si entendieron y qué entendieron (tomar dos o tres participantes para que respondan) o si tienen dudas frente al asentimiento o los instrumentos. Recordar realizar registro fotográfico de los participantes y equipo en el diligenciamiento del cuestionario.

- e. Al terminar la aplicación, agradecer a los participantes y al personal del colegio que ayudo para llevar a cabo la aplicación (profesores, coordinadores, rectores).

2. Lista de recursos (profesionales, técnicos y físicos):

- a. Profesionales: investigadores, joven investigador, monitores o voluntarios.
- b. Técnicos: instrumentos, lapiceros, lista de estudiantes, cámara o celular para registro fotográfico, consentimientos o asentimientos en blanco, marcadores borrables, borrador.
- c. Físicos: espacio como un salón, auditorio o algún espacio donde tengan sillas o mesas.

3. Estrategias en campo:

- a. Reconocimiento y agradecimiento antes y después de la aplicación a los participantes. Ejemplo: *“Chicos y chicas (o estudiantes) agradecemos su participación en la investigación, es un aporte muy valioso para nosotros. Recuerden responder con total sinceridad, aquí no hay preguntas buenas o malas, válidas o inválidas, solo queremos saber lo que ustedes conocen del tema (mencionar el objetivo de la investigación de forma general y el aporte social de los resultados)”*.
- b. Observación del lenguaje corporal. Ejemplo: participantes que miren a los lados, que se queden en una misma parte del

cuestionario, que se demoren para no asistir alguna clase. Se recomienda que, cuando suceda algo así, acercarse y preguntar si tiene alguna duda o necesita algo. También, dado que el tema sigue siendo tabú para algunas personas, se recomienda que las mujeres investigadoras colaboren con la aclaración de dudas a las mujeres participantes e, igualmente, los hombres investigadores con los hombres participantes.

- c. Comunicación: referirse al acudiente, al cuidador o la pareja, puesto que hay estudiantes que pueden convivir con familiares y no con sus padres; o que se reconozcan con alguna orientación sexual o identidad de género diversa. Utilizar el tuteo, porque permite generar cercanía y confianza con ellos. Recordar utilizar un lenguaje no técnico, referirse a términos que ellos utilicen de manera respetuosa, y usar el sentido del humor para disminuir tensiones. El tono de la voz, a veces subirlo o bajarlo –no llegar al punto de gritar o hablar para sí mismo-, esto con el fin de que haya una mayor duración de la atención por parte de los participantes.
- d. Participante difícil, aquel que tiende a molestar, hacer comentarios burlescos o que no quiere hacer nada. Se recomienda darle un rol durante la aplicación, por ejemplo: que se encargue del orden, de la entrega de sobres y lapiceros, tomarlo como ejemplo para alguna explicación que se vaya a dar sin poner en riesgo su integridad.
- e. Tener en cuenta sus habilidades de creatividad, resolución de conflictos, adaptabilidad por si la institución no cuenta con algún espacio disponible, hay alguna actividad programada o alguna situación emergente que se presente.

4. Recomendaciones para el uso del lector óptico en los instrumentos:

- a. Se recomienda no usar ganchos ni clips en el instrumento, pues estos elementos pueden interferir en el procesamiento de información que se realizará en el escáner. Por tanto, los

cuestionarios que presenten hojas parcial o totalmente deterioradas, no se escanearán.