

**PERCEPCION DE RIESGO, CONOCIMIENTOS Y AUTOCUIDADO
FRENTE AL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

COLOMBIA

Exponentes: Ana Fernanda Uribe; Linda Teresa Orcasita

Autora: Ana Fernanda Uribe. Coautora: Linda Teresa Orcasita

Investigación

Actualmente, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el VIH/Sida, se están presentando en población cada vez más joven, lo cual evidencia una situación alarmante en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estimó que 33,2 millones de personas vivían con el VIH durante el año 2007, de las cuales 420 mil son jóvenes menores de 15 años. Esta problemática se convierte en la cuarta causa de mortalidad en el mundo. Así mismo, Se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH de acuerdo con lo planteado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida-ONUSIDA (2008). A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por Sida son altos. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables (ONUSIDA, 2008). Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura- UNESCO (2008) proyecta que para el año 2030 más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo podrían contraer el virus, dato que indica que realmente es de importancia trabajar por la prevención de dicho diagnóstico.

Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH en adultos, y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus. Se estima que, en el 2007, 370. 000 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones en 2001 a 2,0 millones en 2007 (ONUSIDA, 2008).

Lograr conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de los jóvenes sobre planificación familiar, ITS y VIH/Sida, constituye una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables, los cuales son definitivos para el futuro (Mosquera y Mateus, 2003). Teniendo en cuenta que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, por ello, es de gran importancia la realización de estudios que contribuyan a contrastar o validar lo que a nivel nacional se

expone y sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.

De acuerdo a los datos mencionados anteriormente, este estudio resalta la importancia de indagar sobre los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida, como variables que pueden aumentar o disminuir el riesgo en las prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes. Por tal razón es relevante identificar dichas variables, su definición y su manifestación en el adolescente. De acuerdo con Navarro y Vargas (2005), se identifica como grupo de riesgo para contraer la infección, los adolescentes (cuando la mayoría inicia su vida sexual), quienes se ven principalmente afectados, especialmente por estar expuestos a una gran cantidad de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, consumo de sustancias psicoactivas y conocimientos inadecuados o deficientes frente a la infección, entre otros. De allí la necesidad de considerar a los jóvenes como agentes de cambio para desarrollar estrategias preventivas.

Los conocimientos sobre la infección por el VIH, son considerados como aspecto central que influye en el riesgo y la percepción que tengan los adolescentes sobre el VIH/Sida. Identificar el nivel de conocimientos, podría permitir que disminuyan las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, si se aumentan los conocimientos disminuyen las ideas erróneas (DiClemente, Crosby y Wingood, 2002). Si no se tienen los conocimientos sobre los comportamientos de riesgo, hay menor probabilidad de tener alternativas seguras e importantes para la prevención (Navarro y Vargas, 2005), sin embargo se ha mostrado que la información y los conocimientos por si solos no son suficientes para efectuar cambios en las conductas de protección (Tapia, Arillo, Allen, Ángeles, Cruz, y Lazcano, 2004).

De acuerdo con Sánchez (1997), se establece que las actitudes influyen en las conductas de riesgo que se realicen, de esta forma la percepción social y la actitud frente al VIH determinan el comportamiento de otros o los propios frente al VIH. Las actitudes que en este artículo se definen, son relacionadas hacia las personas diagnosticadas de VIH/Sida, ya sea cuando se comparte con ellas o por sus características individuales. Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépez, Abad-Franch, y Aguilar (2001) plantea que en las investigaciones se ha encontrado que los adolescentes consideran que las personas diagnosticadas de VIH se merecen estar infectados, esa percepción que tienen genera una actitud negativa ante los diagnosticados. Es importante reconocer que los conocimientos sobre el VIH/Sida influyen en las actitudes de las personas con relación al VIH/Sida y a las personas diagnosticadas con esta infección (Bermúdez y Teva, 2004). En la actualidad, se mantienen actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas con VIH/Sida debido a que se sigue presentando el estigma frente a la infección (García Martínez, 2005).

Es importante resaltar el estudio realizado por Mosquera y Mateus en el 2003 con jóvenes entre 12-18 años con una muestra de 232 jóvenes de 30 instituciones educativas de Palmira, Colombia (zona urbana) en el cual se encontró que hay conocimientos inadecuados acerca de los métodos de planificación familiar, lo cual puede conllevar a su no uso. También existen vacíos en los conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/Sida. El preservativo no se reconoce como medio para protegerse del VIH/Sida, lo cual se reflejó en el bajo porcentaje que se obtuvo, cuando se preguntó acerca de los riesgos

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

de las relaciones sexuales sin protección. La preferencia por no usar el preservativo durante las relaciones sexuales indica una baja percepción de riesgo de transmisión del VIH entre los jóvenes. Otra investigación realizada en Medellín (Colombia), que tuvo como propósito evaluar los factores de riesgo para contraer el VIH/Sida en adolescentes de ambos géneros y estratos sociales, evaluaron a 300 adolescentes de grado decimo y once de colegios públicos y privados. Los resultados demuestran que hay baja información sobre los riesgos del VIH/Sida, además de una baja percepción de vulnerabilidad especialmente en los hombres, así mismo una actitud poco sensible y solidaria ante los afectados por el VIH/Sida (Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil, y Ballester, 2007).

Navarro y Vargas (2003) en un estudio realizado con adolescentes escolarizados sobre la temática de VIH, que tenían edades entre 14 y 19 años pertenecientes a colegios públicos de la ciudad de Barranquilla, los estudiantes afirman que presentan algunos conocimientos inadecuados frente a las formas de prevención y transmisión de VIH/Sida, contrario al anterior estudio la mayoría presentan actitudes positivas frente a la infección, algunos adolescentes han tenido relaciones sexuales y de ellos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, tales como consumo de sustancias psicoactivas, relaciones sexuales con desconocidos, y no uso del preservativo. Sin embargo los adolescentes afirman haber recibido información sobre sexualidad de manera frecuente en la escuela y la familia. Este estudio concluye que muchos adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre VIH/Sida, pero asumen actitudes positivas frente al tema. Se resalta la necesidad de educar, a través de canales óptimos, con el fin de modificar conductas de riesgo. Otro estudio realizado por estos mismos autores en el año 2005, afirman que al observar las conductas sexuales y los conocimientos sobre el tema, se aprecia que la mayoría de adolescentes afirma que reciben información sobre el Sida a través de la familia, la televisión, la escuela, etc. De la misma forma, se encontró que los conocimientos sobre el VIH no son aceptables en menos de la mitad de los encuestados, sin encontrar mayor diferencia entre hombres y mujeres al respecto (Navarro y Vargas, 2005).

Otra variable fundamental para comprender los comportamientos sexuales en los adolescentes es la autoeficacia ya que es fundamental para el desarrollo de conductas de autocuidado que favorecen la prevención de la infección por VIH en los adolescentes. Concretamente, la autoeficacia hace referencia a la creencia que tiene una persona sobre su capacidad para ejecutar una acción en pro de alcanzar un objetivo o pensando en una situación futura (Bandura, 1999). En este sentido, la autoeficacia en el ser humano le permite tener control sobre su propio funcionamiento, incluyendo desde el estado emocional, afectivo y psicológico, hasta los procesos cognitivos y motivacionales (Noboa y Serrano-García, 2006). De acuerdo con lo anterior estos autores plantean que la autoeficacia en una persona contribuye al desarrollo y mantenimiento de comportamientos saludables, al conservar la motivación por una continua prevención, como el caso de la infección por VIH.

Diferentes autores asocian la autoeficacia con la prevención de la infección por VIH (Takahashi, Magalong, DeBell, y Fasudhani, 2006). Así mismo López Rosales (1996) plantea que la autoeficacia es la percepción subjetiva que tienen los individuos sobre su capacidad para realizar conductas preventivas hacia el VIH, como no tener relaciones

sexuales sin preservativo y hablar con su pareja sexual sobre su vida sexual y los riesgos que se pueden presentar. Por su parte, Gebreyesus, Hadera, Boer y Kuiper (2007), plantean que la autoeficacia es determinante en la motivación de una persona y que suele ser evaluada como la intención de ejecutar un comportamiento, al mismo tiempo que en el aprendizaje sobre el VIH/Sida. En esta misma línea, López-Rosales y Moral-de la Rubia, (2001) afirman que la autoeficacia es la percepción que tienen los adolescentes sobre su competencia para lograr una prevención del Sida, al ejecutar conductas sexuales eficientes.

Respecto a la autoeficacia en el uso del preservativo, Uribe (2005) encontró en su estudio con adolescentes colombianos que la mayoría se consideraba capaz de pedirle a su pareja que lo usara, de llevarlo por si tenían una relación sexual y de preguntarle a su pareja si había tenido relaciones sexuales con una persona que ejerciera la prostitución; también halló que los adolescentes que presentaban mayor nivel de autoeficacia eran los de la región insular y específicamente los hombres. Por su parte, Davis, Sloan, MacMaster y Kilbourne (2007) en su estudio sobre las diferencias en las prácticas sexuales entre estudiantes afroamericanos y estudiantes blancos, no encontraron diferencias en la autoeficacia para el uso del preservativo, ni en las actitudes frente prácticas sexuales saludables. Por otro lado, López-Rosales y Moral-de la Rubia (2001) investigaron sobre las diferencias que existen en la autoeficacia de acuerdo al género, hallando que los hombres presentan mayor autoeficacia en el uso del preservativo, mientras que las mujeres tienen mayor nivel de autoeficacia en los comportamientos preventivos, como negarse a tener un acto sexual. Finalmente, Tarazona (2006) planteó que en las mujeres la negociación a nivel sexual con sus parejas evidencia una buena autoeficacia. Al igual que la autoeficacia es importante para la ejecución de conductas saludables en la prevención de la infección por VIH de los adolescentes, la susceptibilidad también cumple un papel relevante en la salud sexual y reproductiva del ser humano, ya que hace referencia a la percepción de riesgo que presenta cada persona sobre las consecuencias negativas que puede traer la ejecución de una conducta determinada, como la posibilidad de adquirir la infección (ONUSIDA, 1999).

La susceptibilidad percibida como factor psicosocial que influye en la prevención, ha sido evaluada en diferentes investigaciones. Blitchein et al. (2002) en su investigación con mujeres adolescentes, encontraron que tenían una baja percepción de riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, entre estas el VIH. De igual manera, Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón y Góngora-Biachi (2006), hallaron que los estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México, presentaban un buen conocimiento sobre el Sida, pero tenían una baja percepción de susceptibilidad frente al VIH, lo cual interfería en la prevención. Vinaccia et al (2007) evidenciaron en adolescentes de la ciudad de Medellín-Colombia que cursaban décimo y undécimo grado de escolaridad, que presentaban un nivel bajo de información sobre los riesgos frente al VIH/Sida y una baja susceptibilidad frente al VIH, especialmente en el género masculino.

Por su parte, Chirinos, Bardales y Segura (2006), también encontraron en su investigación sobre relaciones coitales y percepción de riesgo de adquirir ITS/Sida, una baja percepción de riesgo frente a las ITS, en más de la mitad de los jóvenes entrevistados (58%), y las principales razones era que tenían una pareja estable y eran fieles, la ausencia de relaciones sexuales y el uso constante del preservativo, siendo esta última la respuesta que menos se presentó. Sin embargo, Vera, López, Orozco y Caicedo (2001) encontraron que los jóvenes

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

evaluados presentaban una alta susceptibilidad de adquirir la infección por VIH, afirmando que cualquier persona puede adquirir esta infección. Así mismo, Tarazona (2006), encontró que la susceptibilidad frente al VIH/Sida de los estudiantes universitarios colombianos era alta, pero su comportamiento sexual no era saludable. Uribe (2005) encontró que los adolescentes que tenían mayor susceptibilidad percibida frente al VIH eran los de la región de Orinoquía, los que asistían a instituciones educativas privadas y los de undécimo grado; y los de menor susceptibilidad eran los adolescentes de la región Atlántica, los de octavo grado y los de instituciones públicas. De esta forma estas variables constituyen la base para identificar las principales necesidades que se requieren para la evaluación e intervención en las problemáticas relacionadas con la sexualidad del adolescente, específicamente frente al VIH/Sida, es así como el objetivo de este estudio es identificar cómo se encuentran estas variables en adolescentes de diferentes ciudades de Colombia.

METÓDO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente estudio se estableció un diseño no experimental exploratorio descriptivo (Montero y León, 2002).

PARTICIPANTES

La muestra estuvo conformada por 978 adolescentes, entre 10 y 23 años, con una edad promedio de 14,41 años y una desviación típica de 1,96. Se realizó un muestreo no probabilístico. La muestra comprendía grados de sexto a once de instituciones educativas públicas de diferentes ciudades de Colombia.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para la investigación fue la Escala VIH/Sida-65 (Paniagua, 1998 adaptada al colombiano por Bermúdez, Buena-Casal y Uribe, 2005), consta de 65 ítems y se divide en siete subescalas: conocimiento correcto sobre el VIH/Sida (20 ítems), ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH (20 ítems), actitudes negativas hacia personas con Sida (5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/Sida (5 ítems), actitudes negativas hacia los preservativos (5 ítems), percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (5 ítems). El análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,79 para el instrumento (Uribe, 2005).

PROCEDIMIENTO

En primera instancia se realizó el contacto con las instituciones educativas explicándoles los propósitos, objetivos y procedimientos relacionados con la investigación; también se les informó sobre el contenido de los instrumentos, la forma y el tiempo requerido para su aplicación. Posteriormente se diligenciaron los consentimientos informados por parte de los padres de familia o representantes del estudiante con el fin de realizar el proceso de aplicación de los instrumentos a los estudiantes de grados sexto a once. La aplicación del instrumento osciló entre 35 y 45 minutos. Finalmente se procedió a realizar el análisis de los datos por parte de los investigadores a través del Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 16.0 para Windows.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes que participaron en la aplicación del instrumento fueron 978 estudiantes con edades entre los 10 y 23 años, la edad promedio fue de 14,41 años y una desviación típica 1,96. Los porcentajes más altos de adolescentes que participaron en la primera evaluación del proyecto son de estrato socioeconómico 1 y 2. En cuanto a la variable sexo, en su mayoría eran mujeres (52,0%) y hombres (48,0%) (Véase tabla 1). Los estudiantes en su mayoría pertenecían a grado decimo (Véase tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes

Datos sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje
Edad	10 a 12 años	178	18,4
	13 a 15 años	492	50,8
	16 a 18 años	288	29,8
	19 a 23 años	10	1,0
Sexo	Hombre	449	48,0
	Mujer	486	52,0
Estrato socioeconómico	Estrato 1	361	37,4
	Estrato 2	477	49,4
	Estrato 3	111	11,5
	Estrato 4	13	1,3
	Estrato 5	3	0,3
	Sexto	162	16,6
	Séptimo	168	17,2
	Octavo	178	18,2
	Noveno	138	14,1
	Décimo	260	26,6

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Grado Escolar	Once	70	7,2
---------------	------	----	-----

Del total de los adolescentes que participaron y respondieron el instrumento la mayoría ha recibido información sobre transmisión (67,6%) y prevención (74,4%) del VIH/Sida durante los últimos 6 meses, principalmente en las ciudades de Armenia y Pasto. Las principales fuentes de información sobre transmisión y prevención fueron programas de TV, charlas en el colegio, la familia, amigos y/o conocidos y folletos distribuidos en el colegio.

ESCALA DE VIH/SIDA-65

En la escala de VIH/Sida-65 se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las diferentes subescalas (conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia) en función de la ciudad, del sexo, de la edad y de la escolaridad de los adolescentes. Los análisis estadísticos se efectuaron con el software Statistical package for social sciences [SPSS]. Se utilizaron pruebas no paramétricas debido al incumplimiento de algunos supuestos para la utilización de un ANOVA paramétrico.

Al analizar las subescalas del VIH/SIDA-65 en función de la ciudad, al nivel de significación del 5%, se encontraron diferencias significativas en casi todos los niveles del VIH/SIDA-65 menos en el nivel de actitud negativa (Chi-cuadrado=6,30, p-valor=0,178) (Véase Tabla 3). Al observar los resultados de acuerdo a cada ciudad se halló que los adolescentes de la ciudad de Cali presentaron mayor puntaje en las subescalas donde se presentaron diferencias, mientras que la ciudad de Bogotá presentó los puntajes más bajos en la mayoría de estas subescalas en comparación con los adolescentes de las otras ciudades.

Tabla 3. Comparación de las subescalas del VIH/Sida-65 en función de la ciudad. Prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Subescalas	Ciudades	Media	Desv. típica	gl	Chi Cuadrado	P-Valor
Conocimiento Correcto	Bogotá	28,02	5,94	4	33,20	0,000
	Pasto	32,14	7,35			
	Manizales	30,94	6,75			
	Armenia	31,40	7,18			
	Cali					
		32,45	7,01			
Conocimiento erróneo	Bogotá	44,19	5,31		12,92	
	Pasto	43,07	6,17			

	Manizales	44,10	6,01			
	Armenia	42,76	6,65			
	Cali			4		0,012
		44,94	6,05			
Actitud positiva	Bogotá	7,52	2,44			
	Pasto	8,86	2,45			
	Manizales	8,61	2,43			
	Armenia	8,80	2,64			
	Cali			4	46,38	0,000
		9,65	2,78			
Actitud negativa	Bogotá	10,07	1,76			
	Pasto	10,03	2,07			
	Manizales	9,67	2,20			
	Armenia	9,91	2,25			
	Cali			4	6,30	0,178
		10,19	2,18			
Actitud neutra	Bogotá	9,71	2,13			
	Pasto	10,75	2,26			
	Manizales	9,85	2,23			
	Armenia	9,83	2,36			
	Cali			4	29,25	0,000
		10,63	2,40			
Susceptibilidad	Bogotá	9,38	1,76			
	Pasto	9,95	1,91			
	Manizales	9,58	1,86			
	Armenia	9,72	2,25			
	Cali			4	14,19	0,007
		10,17	2,21			
Autoeficacia	Bogotá	7,71	2,23			
	Pasto	8,49	2,75			
	Manizales	7,76	2,25		14,97	

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

	Armenia	8,31	2,45			
	Cali					
		8,54	2,47	4		0,005

En el análisis post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias significativas mínimas en el nivel de conocimientos correctos, entre los adolescentes de la ciudad de Bogotá y los del resto de las otras ciudades, siendo los adolescentes de Bogotá los que menor puntuación tuvieron comparado con Cali, Manizales, Pasto y Armenia.

En cuanto al sexo, se encontró diferencias significativas en la subescala de actitud neutra (U de Mann Whitney=69660,5, p-valor=0,000) (Véase Tabla 4). Específicamente, se halló que las mujeres tienen mayor actitud neutra que los hombres.

Tabla 4. Comparación de las subescalas del VIH/Sida-65 en función del sexo. Prueba no paramétrica Mann Whitney y Kruskal Wallis

Subescalas	Sexo	Media	Desv. típica	gl	U de Mann-Whitney	P-Valor
Conocimiento Correcto	Hombre	31,25	7,28			
	Mujer	31,10	6,94	1	76629	0,977
Conocimiento erróneo	Hombre	43,51	6,13			0,503
	Mujer	43,67	6,29	1	71317,5	
Actitud positiva	Hombre	8,81	2,72			0,550
	Mujer	8,65	2,56	1	88523	
Actitud negativa	Hombre	10,03	2,23			0,472
	Mujer	9,91	2,05	1	94575,5	
Actitud neutra	Hombre	9,67	2,41			0,000
	Mujer	10,57	2,18	1	69660,5	
Susceptibilidad	Hombre	9,76	2,12			0,001
	Mujer	9,80	2,00	1	87346	
Autoeficacia	Hombre	8,23	2,42			
	Mujer	8,18	2,55	1	90948,5	0,472

En relación a la edad, se observaron diferencias significativas en la mayoría de las subescalas, exceptuando la actitud negativa (Chi-cuadrado=1,08, p-valor=0,781), entre los

diferentes grupos de edades (Véase Tabla 4). Concretamente, se encontró mayor puntuación en las subescalas de conocimiento correcto, de actitud positiva, de actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia en el grupo de adolescentes de edades entre 10 y 12 años; y en la subescala de conocimiento erróneo en los jóvenes de 13 a 15 años de edad. Se observó que a medida que aumenta la edad es menor el nivel de actitud positiva y autoeficacia (Véase Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de las subescalas del VIH/Sida-65 en función de la edad. Prueba no paramétrica Mann Whitney y Kruskal Wallis

Subescalas	Edad	Media	Desv. típica	gl	Chi-Cuadrado	p- Valor
Conocimiento Correcto	10 a12 años	34,00	7,04	3	69,00	0,000
	13 a 15 años	31,82	7,20			
	16 a 18 años	28,31	5,79			
	19 a 23 años					
		28,67	7,30			
Conocimiento erróneo	10 a12 años	43,05	6,92	3	15,46	0,001
	13 a 15 años	44,35	6,23			
	16 a 18 años	42,76	5,53			
	19 a 23 años					
		40,17	4,22			
Actitud positiva	10 a12 años	9,69	2,72	3	50,14	0,000
	13 a 15 años	8,91	2,61			
	16 a 18 años	7,89	2,35			
	19 a 23 años					
		7,80	3,01			
Actitud negativa	10 a12 años	10,10	2,39	3	1,08	0,781
	13 a 15 años	9,94	2,21			
	16 a 18 años	9,89	1,74			
	19 a 23 años					
		9,50	2,64			
Actitud neutra	10 a12 años	11,43	2,25	3	81,88	
	13 a 15 años	10,18	2,31			
	16 a 18 años	9,31	2,02			
	19 a 23 años	9,60	2,55			

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

						0,000
Susceptibilidad	10 a 12 años	10,18	2,26	3	17,66	0,001
	13 a 15 años	9,85	2,04			
	16 a 18 años	9,35	1,83			
	19 a 23 años					
		9,89	2,52			
Autoeficacia	10 a 12 años	9,13	2,94	3	42,88	0,000
	13 a 15 años	8,30	2,37			
	16 a 18 años	7,53	2,02			
	19 a 23 años					
		6,70	3,16			

En función de la escolaridad también se encontraron diferencias significativas en la mayoría de subescalas, exceptuando de igual manera la subescala de actitud negativa (Chi-cuadrado=3,97, p-valor=0,554), (Véase Tabla 6). En general se observa la tendencia que a medida que aumenta la escolaridad disminuyen los niveles de las subescalas del VIH/Sida-65. Respecto al análisis post-hoc en la subescala de conocimiento correcto se encontraron diferencias mínimas significativas entre la mayoría de los grados escolares, menos entre los grados 8 y 9 y los grados 10 y 11, donde los estudiantes de grado sexto presentaron mayores puntuaciones que los estudiantes de los otros grados escolares; en actitud positiva los estudiantes de once presentaron puntuación más baja que los otros cursos, teniendo mayor nivel de actitud positiva los estudiantes de sexto y séptimo; y finalmente en el nivel de autoeficacia, los estudiantes de sexto presentaron mayor nivel en esta subescalas que el resto de los estudiantes de otros grados superiores (Véase Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de las subescalas del VIH/Sida-65 en función de la escolaridad. Prueba no paramétrica Mann Whitney y Kruskal Wallis

Subescalas	Nivel de escolaridad	Media	Desv. típica	gl	Chi-Cuadrado	P-Valor
Conocimiento Correcto	Sexto	35,33	7,54	5	113,38	
	Séptimo	33,65	6,87			
	Octavo	30,85	6,46			
	Noveno	31,45	6,56			
	Décimo	28,42	6,05			
	Once					
		27,32	6,07			

						0,000
Conocimiento erróneo	Sexto	43,80	6,41			
	Séptimo	43,65	7,33			
	Octavo	44,45	6,42			
	Noveno	43,21	6,32			
	Décimo	43,60	5,49			
	Once					
		41,69	4,67	5	12,29	0,031
Actitud positiva	Sexto	9,81	2,57			
	Séptimo	9,50	2,71			
	Octavo	8,89	2,52			
	Noveno	8,52	2,34			
	Décimo	7,95	2,58			
	Once					
		7,58	2,19	5	72,00	0,000
Actitud negativa	Sexto	10,20	2,46			
	Séptimo	9,89	2,42			
	Octavo	9,83	2,11			
	Noveno	9,78	2,07			
	Décimo	10,12	1,85	5	3,97	
	Once					
		9,78	1,71			0,554
Actitud neutra	Sexto	11,15	2,46			
	Séptimo	10,56	2,42			
	Octavo	10,48	2,20			
	Noveno	9,43	2,10			
	Décimo	9,61	2,19			
	Once					
		9,51	2,04	5	63,53	0,000
Susceptibilidad	Sexto	10,43	2,23	5	26,82	

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

	Séptimo	10,01	2,19			
	Octavo	9,68	2,09			
	Noveno	9,70	1,96			
	Décimo	9,36	1,84			
	Once					
		9,50	1,86			0,000
Autoeficacia	Sexto	9,41	2,94			
	Séptimo	8,58	2,48			
	Octavo	8,28	2,40			
	Noveno	7,61	1,88			
	Décimo	7,71	2,33			
	Once					
		7,50	1,86	5	50,78	0,000

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación permiten identificar y describir algunos factores que han sido relacionados como de riesgo en otros estudios e investigaciones realizadas en los adolescentes Colombianos, específicamente se encontró diferencias significativas relacionadas con los conocimientos correctos, erróneos, las actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en función de la ciudad, edad, el sexo y el nivel de escolaridad. En otros estudios se ha observado diferencias de conocimiento y comportamiento según género, edad, etnia y educación (Svenson, Carmel y Varhhagen, 1997). Navarro y Vargas (2005), afirman que los adolescentes han sido identificados como grupo de riesgo para contraer la infección especialmente por estar expuestos a una gran cantidad de factores, como relaciones sexuales sin preservativo y conocimientos inadecuados frente a la infección por VIH/Sida.

En primera instancia, se evidencia una incongruencia en el reporte de información que han recibido los adolescentes en el tema del VIH/Sida y los resultados obtenidos en la subescala de conocimiento correcto, ya que más de la mitad de los adolescentes evaluados afirmo haber recibido información, principalmente de los programas de televisión y charlas en la institución educativa. Se evidencia que en la ciudad de Bogotá se presenta un puntaje menor que en las demás ciudades en la mayoría de las subescalas evaluadas, posiblemente se debe a que la calidad de la información recibida no ha sido suficiente para reestructurar algunas ideas erróneas que presentaban sobre la infección por VIH/Sida o la forma de transmitirla no era la más adecuada. Es importante resaltar lo planteado por Diclemente et al en el año 2002 acerca de que si se aumentan los conocimientos disminuyen las ideas

erróneas. Sin embargo algunas investigaciones revelan que la información y los conocimientos por si solos no son suficientes para efectuar cambios (Tapia et al. 2004), pero sin son necesarios para generar conductas de prevención en los adolescentes. De acuerdo a lo anterior, Mosquera y Mateus (2003) hallaron en su estudio con jóvenes de Palmira-Colombia que a pesar de recibir información sobre métodos de planificación familiar y los medios para prevenir VIH/Sida, ellos continuaban con conocimientos inadecuados, lo cual les llevó a concluir que era importante reforzar los procesos de educación y comunicación con los jóvenes, principalmente a través de la televisión, ya que ésta era la mayor fuente de información al respecto.

Otro estudio realizado por Navarro y Vargas (2005) afirma que al observar las conductas sexuales y los conocimientos sobre el tema, se aprecia que la mayoría de adolescentes afirma que reciben información sobre el Sida a través de la familia, la televisión, la escuela. Vinaccia et al. (2007), también encontró que los adolescentes colombianos mantienen algunas falencias conceptuales en lo que refiere a la prevención del VIH/Sida, a pesar de haber recibido información en alguna ocasión. Esta situación genera gran preocupación para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes colombianos, ya que las falencias pueden contribuir al desarrollo de comportamientos sexuales de riesgo. Tal y como la plantea ONUSIDA (2008) los jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus, sin embargo es importante resaltar que dentro de las ciudades evaluadas en esta investigación Cali obtuvo mayores puntajes con respecto a las subescalas evaluadas, lo que hace necesario analizar las campañas o proyectos educativos que se realizan allí en el tema de VIH/Sida y sus efectos sobre los adolescentes y jóvenes.

Asimismo es necesario indagar en futuras investigaciones qué pasa con las demás ciudades respecto a los conocimientos correctos, ya que aunque afirman que han recibido información esta no se traduce en conceptos correctos que le permitan al adolescente tener claridad sobre los conceptos, las formas de transmisión y prevención del VIH/Sida. De esta forma se podría tener datos que permitan dar un panorama sobre los riesgos que se están presentando en los adolescentes Colombianos y poder proponer formas de prevención en salud sexual y reproductiva para la reducción del riesgo.

En los resultados encontrados en esta investigación sobre las subescalas evaluadas del VIH/Sida exceptuando la subescala de actitud negativa, los adolescentes muestran diferencias significativas en función de la edad; específicamente, los adolescentes de los grupos de edad de 10 a 12 años presentan mayor nivel de conocimiento correcto, actitud positiva, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia comparado con los grupos de otras edades mayores. Estos resultados se contrastan con lo encontrado por Uribe (2005) ya que los adolescentes colombianos entre 13 y 14 años eran los que presentaban mayor conocimiento correcto en comparación con los grupos de más edad. Sin embargo, se contradicen con la investigación realizada por Amado, Vega y Jiménez (2007) donde los adolescentes con mayor edad, tienen conocimientos adecuados sobre VIH, pero siguen practicando comportamientos de riesgo.

Los datos encontrados generan preocupación, puesto que los adolescentes de mayor edad tienen una vida sexual más activa, pero el inicio de las relaciones sexuales es cada vez a

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

más temprana edad, lo cual también pone en alto riesgo para una infección por VIH a los adolescentes entre 10 y 12 años; por lo cual es importante trabajar esta área con todos los adolescentes, pero ajustar los programas de prevención a cada grupo de edad. Así mismo se halló que a medida que aumenta la edad es menor la actitud positiva y la autoeficacia, lo cual se debe posiblemente a las ideas erróneas que se mantienen sobre el VIH/Sida. Barros et al. (2001) plantea que los adolescentes consideran que las personas diagnosticadas con VIH se merecen estar infectados, esta percepción que tienen genera una actitud negativa ante ellos. Actualmente, se siguen manteniendo actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/Sida debido a que se sigue presentando el estigma frente a la infección (García Martínez, 2005).

Sánchez (1997), plantea que las actitudes pueden influir en las conductas de riesgo que se realicen. Es importante reconocer que los conocimientos sobre el VIH/Sida influyen también en las actitudes de las personas con relación al VIH/Sida (Bermúdez y Teva, 2004). En esta investigación se identificaron diferencias en actitudes de acuerdo al sexo, se encontró que es mayor la actitud neutra en las mujeres que en los hombres. Posiblemente puede relacionarse con prejuicios culturales que tienen los hombres frente a las personas diagnosticadas de VIH.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en las subescalas evaluadas frente al VIH/Sida en función de la escolaridad, concretamente a medida que aumenta la escolaridad disminuyen los conocimientos correctos, erróneos, actitud positiva, actitud negativa, neutra, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH/Sida. A diferencia de los resultados de la investigación realizada por Uribe (2005), donde los adolescentes de cursos inferiores tienen menor nivel de conocimiento correcto comparado con niveles de escolaridad superiores. Específicamente se encontró que es mayor el conocimiento correcto, la actitud positiva y la autoeficacia en los estudiantes de grado sexto comparado con los otros cursos.

Este hallazgo es de relevancia porque permite cuestionar si los programas de prevención que se están realizando en las instituciones educativas están teniendo un efecto positivo en esta variable (autoeficacia frente al VIH/Sida), que es de gran importancia para el desarrollo de conductas de protección. De igual manera, se observó en la autoeficacia generalizada que la capacidad de decir no en las relaciones sexuales es mayor en Bogotá y menor en Cali. López Rosales (1996) plantea que la autoeficacia es la percepción subjetiva que tiene el ser humano sobre su capacidad para no tener relaciones sexuales sin preservativo y hablar con su compañero sexual sobre relaciones sexuales anteriores y riesgos adquiridos. En los adolescentes del presente estudio es necesario intervenir en esta variable ya que puede influir en diversos comportamientos manteniendo la motivación para una constante prevención, evitando de esta manera, la adquisición del VIH/Sida.

Se puede concluir a partir de este estudio que los adolescentes de mayor edad y escolaridad requieren fortalecer los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en la temática del VIH, ya que son un grupo que posiblemente puede estar con mayor exposición para adquirir el VIH/Sida por las características propias de esta etapa y las conductas que practican de acuerdo a los resultados encontrados; sin embargo, no se puede dejar de lado el

grupo de adolescentes con menor edad, ya presentan algunas ideas erróneas y actitudes negativas frente a la infección, lo cual es de gran importancia para futuras intervenciones en la temática. Así mismo, es relevante que se indague sobre qué está pasando en la ciudad de Bogotá que es la capital de Colombia y donde se concentra la mayor población, para generar estrategias que disminuyan comportamientos de riesgo que se están presentando.

Finalmente en la presente investigación se puede plantear que los adolescentes, independientemente de la ciudad, edad, sexo, y nivel de escolaridad, requieren continuar con procesos de evaluación e intervención en la salud sexual y reproductiva ya que son un grupo vulnerable que cada día se ve expuesto a situaciones de riesgo.

Cabe señalar las limitaciones del presente estudio, la primera relacionada con la evaluación de los comportamientos sexuales específicos para establecer si estos factores son de riesgo o no y la relación entre estos factores. Y la segunda limitación es que no se tuvo en cuenta algunas características de la muestra que permitirían obtener resultados más amplios. Por esta razón, se recomienda que para próximos estudios se tengan en cuenta estos factores y en la muestra se abarque otras ciudades de acuerdo a las regiones de Colombia, distribuidas por tipo de institución educativa (pública y privada) y zona (urbana y rural), sin dejar de lado las características abordadas en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, M., Vega, B. Jiménez, M.C. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 143-151.

Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Barros, T., Barreto, D., Perez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/Sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 10, 86-94.

Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2004). Situación actual del SIDA en España: Análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 553-570.

Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Uribe, A. F. (2005). *Adaptación al colombiano de la escala VIH-65*. Granada: Universidad de Granada.

Blitchtein-Winicki, D., Paredes, L., Calero, J., Magallanes, M., Núñez, E., Pessah, S., Ecurra, M., Alva, K., Sweing, E. y Gonzales, M. (2002). Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63, 257-268.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Chirinos, J. L., Bardales, O. y Segura, M. D. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 79-85.

Davis, C., Sloan, M., MacMaster, S. y Kilbourne, B. (2007). HIV/AIDS knowledge and sexual activity: An examination of racial differences in a college sample. *Health & Social Work*, 32, 211-218.

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

García Martínez, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21, 50-570.

Gebreeyesus Hadera, H., Boer, H. y Kuiper, W.A. (2007). Using the theory of planned behaviour to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia. *AIDS Care*, 19, 895-900.

Lameiras, M., Faílde, J.M, Bimbela, J.L. y Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones de coito vaginal de jóvenes españoles entre 14 y veinticuatro años. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 4,401-415.

López Rosales, F. (1996). SIDA, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años. México, D.F.: Universidad Autónoma de León.

López-Rosales, F. y Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.

Lozano, A., Torres, T. y Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamérica Ciencias Sociales Niñez Juventud*, 6 (2) 739-768.

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de la metodología de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.

Mosquera, J. y Mateus, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-Sida y el uso de medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Medica*, 34 (4), 206-212.

Noboa, P. y Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.

Navarro E, Vargas R (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003 (2005). *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1) 44-53.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2008). *Iniciativa Mundial sobre Educación y VIH & SIDA*. Recuperado el 23 Abril, 2008, de www.unesco.org/aids.

Paniagua, J. L. (1998). *Escala VIH/SIDA-65*. Documento sin publicar.

Planes Pedra, M., Gras Pérez, M.E., Cunill Olivas, M., Gómez, A. B., Romero, M.T., Font-Mayolas, S. y Vieta, J. (2004). *Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes*. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 79-85.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999). *Infección por VIH y SIDA en Colombia: 1999. Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá: ONUSIDA.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Recuperado el 2 Febrero, 2008, www.unaids.org/es/.

Sánchez, F. (1997). *Representaciones psicosociales sobre el SIDA*. *Revista Información Psicológica*, 63, 198-200.

Svenson, L., Carmel, S. y Varnhagen, C. (1997). *A review of knowledge, attitudes and behaviors of university students concerning HIV/AIDS*. *Health Promotion Internal*, 12, 61-68.

Takahashi, L. M., Magalong, G. M., DeBell, P. y Fasudhani, A. (2006). *HIV and AIDS in suburban Asian and Pacific Islander communities: factors influencing self-efficacy in HIV risk reduction*. *AIDS Education and Prevention*, 18, 529-545.

Tapia, V., Arillo, E., Allen, B., Angeles, A., Cruz, A y Lazcano E. (2004) *Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students*. *Arch Med Res*, 35(4), 334-43.

Tarazona, D. (2006). *Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente*. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 7, 1-22.

Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos*. Tesis Doctoral. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Uribe Rodríguez, A. F. y Orcasita Pineda, L. T. (2009). *Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia*. *Revista Virtual Universidad*

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Católica del Norte (27). Recuperado 01, junio, 2009, http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=1 (ISSN 0124-5821).

Uribe, A.F., Valderrama, L.J., Sanabria, A.M., Orcasita, L.T. 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, 45-62. ISSN 1657-8961.

Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, F. y Góngora-Biachi, R. A. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, 157-168.

Vera, L., López, N., Orozco, L. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección de VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26, 16-26.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil, M.D. y Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25, 39-50.

RESUMEN

Actualmente las cifras de personas infectadas con el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se han estabilizado en el último año, sin embargo la población adolescente sigue siendo foco de atención debido a la vulnerabilidad y frecuencia de conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva que presentan. Esta situación también se evidencia en Colombia, por lo cual se da la necesidad de conocer la situación actual de los adolescentes en esta área, con el fin de generar estrategias de promoción y prevención, que disminuyan los riesgos frente a la infección por VIH/Sida, enfocadas a las características propias de la población. El propósito del siguiente estudio fue describir los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes y jóvenes entre los 10 y 23 años de instituciones educativas públicas de diferentes ciudades de Colombia. Se evaluó una muestra de 978 adolescentes de 6 a 11 grados de educación básica secundaria. El estudio es de carácter no experimental descriptivo transversal. Se les aplicó la Adaptación Colombiana de la Escala VIH/Sida-65. De los adolescentes encuestados, más del 50% había recibido información sobre transmisión y prevención del VIH/Sida, sin embargo los conocimientos adquiridos no se reflejaban en las prácticas y continúan presentando ideas erróneas sobre el tema; también se encontró que a medida que aumenta la edad disminuye los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida. Es necesario que en los adolescentes se desarrollen intervenciones orientadas hacia el cambio de comportamiento y que sean específicas de acuerdo a la edad, sexo, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.

*La investigación presentada se encuentra en proceso de Publicación en Revista Científica Colombiana.

RESEÑA AUTORAS

ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ

1997 Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. Licenciada en Psicóloga (Mención de honor) Trabajo de Grado: “Intervención psicológica cognitiva conductual para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas diagnosticadas con VIH”. Directora del Trabajo de Grado: Delcy Cáceres, Psicóloga, MA en Educación.

2000 ICESI Cali, Colombia. Especialista en Gestión en Salud. Tesis: Planeación estratégica para una institución sin ánimo de lucro del sector salud. Tutor: Martha Jaramillo

2000 Universidad del Valle Cali, Colombia. Diplomado en psicología de la salud.

2002 Universidad Complutense de Madrid Madrid, España. Maestría en Educación y Prevención del SIDA. Tesis: Multidimensionalidad de la calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH en Cali (Colombia). Tutora: Maria Victoria Gordillo

2005 Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España. Licenciada en Psicología

2005 Universidad de Granada Granada, España. Certificado de Docencia y Estudios avanzados. Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud (Calificación sobresaliente).

Investigación Tutelada: “Calidad de vida, deterioro cognitivo y depresión en personas mayores de residencias y hogares y clubes de Granada Capital” Tutor: Gualberto Buela-Casal

2005 Universidad de Granada Granada, España. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud (Calificación sobresaliente “cum laude”) Tesis: Evaluación de los factores psicosociales de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos. Directores: PhD. Gualberto Buela-Casal y PhD. María de la Paz Bermúdez.

2008 OMP Consulting S.A., & Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Formación Coach Empresarial.

2008 Martha Alles Capital Humano y Pontificia Universidad Javeriana Cali Cali, Colombia.

Programa Internacional de Formación Gestión por Competencias.

2000 Diplomado Desarrollo Urbano, Capital social y salud. Modulo Instrumental. Universidad del Icesi. Santiago de Cali, Colombia. Diplomado de Desarrollo Urbano, capital social y salud. Modulo sobre Capital Social. Universidad del Icesi. Santiago de Cali,

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Colombia.

2001 Diplomado Psicología Clínica y de la Salud. Módulo Ley 100 y Planeación de Programas en Salud. Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia.

Diplomado en Psicología de la Salud. Módulo Ley 100 y Planeación de Programas en Salud. Universidad del Valle. Santiago de Cali.

2002 Diplomado en Psicología de la Salud. Módulo Ley 100 /93 y la Psicología en Colombia. Universidad del Valle. Santiago de Cali.

2007 Diplomado Evaluación e intervención en problemáticas juveniles en el contexto Colombiano. Módulo 1. La Adolescencia. Universidad Javeriana Cali. Santiago de Cali. Colombia.

Diplomado Evaluación e intervención en problemáticas juveniles en el contexto Colombiano. Módulo 2. Variables determinantes de la adolescencia. Universidad Javeriana Cali. Santiago de Cali. Colombia.

Diplomado Evaluación e intervención en problemáticas juveniles en el contexto Colombiano. Módulo 3. Problemáticas de los adolescentes. Universidad Javeriana Cali. Santiago de Cali. Colombia.

2007 Diplomado Estrategias del desarrollo del talento humano. Módulo 1. Estrategias asociadas al desarrollo del comportamiento individual – Condición Física. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

Especialización en Familia. Seminario integración sistémica. Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Especialización en Familia. Seminario normas APA. Pontificia Universidad Javeriana Cali.

2008 Diplomado Intervención en salud sexual y reproductiva con adolescentes – Red Norte. Módulo 1. La adolescencia. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

Diplomado Intervención en salud sexual y reproductiva con adolescentes – Red de Salud el Norte. Módulo 2. Problemáticas de los adolescentes. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

Diplomado Estrategias de desarrollo del talento humano. Módulo 2. Adaptabilidad. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

Diplomado Estrategias de desarrollo del talento humano. Módulo 3: Aprendizaje Autorregulado. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

2009 Especialización Psicología y Desarrollo Organizacional. Módulo 6: Formación y

Desarrollo de las personas en la organización I-II. Asignatura Procesos de Gestión Humana I. Universidad Javeriana Cali. Colombia.

Especialización en Psicología Clínica. Módulo: Habilidades Clínicas. Pontificia. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.

LINDA TERESA ORCASITA PINEDA

(Psicóloga, Joven Investigador Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación-Colciencias- Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica. Pontificia Universidad Javeriana Cali-República de Colombia.

