

A

nálisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia¹

Analysis of Knowledge, Attitudes, Self-efficacy and
Susceptibility to HIV/AIDS in Teachers of Educational
Institutions in Cali-Colombia

Ana Fernanda Uribe² y Linda Teresa Orcasita³

Resumen

El propósito de este estudio fue caracterizar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA que reportan los docentes, teniendo en cuenta que son agentes de cambio y facilitadores del aprendizaje en la socialización del adolescente. Algunas investigaciones reportan algunos vacíos y debilidades en la formación y desarrollo profesional de docentes, en este campo específico. Esta investigación confirma los resultados obtenidos en otras investigaciones.

Palabras Clave: Docentes, VIH/SIDA, Conocimientos, Actitudes y Autoeficacia.

Abstract

The purpose of this study was to characterize the knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy about HIV/AIDS reported by a group of educators in Cali, Colombia. Educators and teachers are agents of change, and facilitators of teenagers' socialization processes. Some research reports some gaps and weaknesses in the training and professional development of educators in these specific fields. This research confirms those researches' findings.

Key Words: Teacher, HIV/AIDS, Knowledge, Attitude and Self-efficacy.

-
- 1 Este informe hace parte del proyecto de investigación "Validación de un programa de intervención en salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados, padres de familia, docentes y funcionarios de salud de diferentes ciudades de Colombia", llevado a cabo entre enero de 2009 y mayo de 2010. Dicho proyecto fue financiado por la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Esta investigación fue desarrollada por el grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la misma universidad.
 - 2 Psicóloga, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Granada, España. Directora Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga-Colombia. E-mail: ana.uribe@gmail.com
 - 3 Psicóloga, Maestría en familia en curso. Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia. Grupo de investigación medición y evaluación psicológica-Línea Ciclo vital humano, riesgo y socialización. Correspondencia. E-mail: ltorcasita@javerianacali.edu.co.

Introducción

En la actualidad los docentes de instituciones educativas no pueden evadir la influencia del tema de comportamientos de riesgo en sus estudiantes, específicamente asociados al VIH/SIDA. De acuerdo con la UNESCO (2006), los programas preventivos podrían ser más efectivos si se hicieran desde la escuela. En este contexto, la educación se ha constituido en una de las principales vías y esperanzas para prevenir y detener el avance de la infección, lo que otorga al sistema educativo y, en especial a los docentes, un papel fundamental para llevar adelante programas y actividades capaces de luchar contra la pandemia, y en este sentido, adquiere particular importancia el trabajo en la formación inicial y permanente de los docentes. Lo anterior, conlleva a la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre la información y formación que tienen los docentes sobre el VIH/SIDA y las actitudes que asumen en esta problemática, teniendo en cuenta que son ellos quienes asumen las tareas esenciales dentro de los proyectos educativos.

La educación para la prevención del SIDA exige cada vez mayores demandas de los actores sociales en la promoción y prevención (UNESCO, 2008; OPS, 2008). Actualmente, los docentes se enfrentan a una infección conocida, pero muy estigmatizada que plantea un reto educativo y, especialmente personal, por los temores a la transmisión. Por consiguiente, cualquier orientación de promoción de la salud para prevenir la infección por VIH, debe tener bases de conocimientos y actitudes referidas a la sexualidad. Se evidencia que los contenidos sobre educación sexual dentro del currículo escolar son limitados, y cubre principalmente las áreas de anatomía y fisiología. Muchos docentes no están adecuada-

mente entrenados para el desarrollo de estos temas en clase, y con frecuencia prefieren evitarlos (Cáceres, et. 1992). La investigación realizada en el 2006 por la UNESCO sobre formación docente y prevención del VIH/SIDA, exploró tanto las áreas de conocimiento general, la de actitudes frente al VIH y SIDA, como también la percepción del rol docente como respuesta social frente a las estrategias de prevención. Con el objetivo de evaluar conocimientos generales y específicos, se consideraron los ámbitos de *información básica, prevención y transmisión*. Los resultados del diagnóstico señalan que los ámbitos referidos a las formas de prevención y transmisión del virus obtienen mejores niveles de logro frente al área de información básica, donde se observan vacíos y contradicciones importantes. De esta forma la presente investigación tuvo como objetivo describir y analizar el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia que reportan los docentes de dos instituciones educativas de la ciudad de Cali.

De acuerdo con ONUSIDA (2008) desde el inicio de la epidemia, 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH. En forma colectiva, estas muertes representan una incalculable pérdida de potencial humano. En forma individual, cada una de ellas se asocia con trauma perdurable en los grupos familiares y las comunidades. Actualmente la población adolescente en Colombia, entre las edades de 10 y 19 años, representan el 20.3% de la población total, los cuales según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005) presentan una tendencia creciente en las tasas de fecundidad estimadas para el año 2005 en 90 por mil; por otra parte, en lo referente a los conocimientos y prácticas para evitar la infección por VIH, se estableció que los jóvenes entre 15 y 19 años reportaron

niveles inferiores que se pueden comparar sólo con las personas entre los 40 y 49 años. Es importante reconocer que el éxito a largo plazo de la respuesta a la epidemia del VIH exigirá que se avance constantemente en atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, y especialmente, el estigma y discriminación frente a las personas diagnosticadas.

El estigma, la discriminación y la marginación social son causas de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el VIH y, por otra parte, una consecuencia de ser VIH-positivo. Los seres humanos son inherentemente sociales, y su salud física y psicológica se deteriora cuando se los aísla o se los separa de su grupo social (ONUSIDA, 2008). Es por ello que la investigación realizada no solamente se centra en los conocimientos frente a la infección por VIH/SIDA, sino que incluye la valoración de las actitudes y susceptibilidad al riesgo en los docentes.

La investigación realizada por Valencia y Solera (2009), sobre identificar el tipo de necesidades de aprendizaje, los conocimientos, actitudes y prácticas para la sexualidad de los adolescentes entre 10 y 19 años en Córdoba, Colombia, muestra que los jóvenes manifiestan interés por conocer temáticas relacionadas al noviazgo, el amor, manifestaciones de afecto, lo que siente una persona con VIH y lo que experimenta cuando se está en embarazo. No obstante, hablar de sexualidad es un tema que continúa siendo tabú para muchos docentes y padres de familia, quienes fueron formados según modelos biologicistas y moralistas que siguen replicando en la actualidad. En este orden de ideas, los imaginarios y patrones culturales que marcan las actitudes y prácticas sexuales de los adultos inciden en la formación sexual de los jóvenes

“Actualmente, los docentes se enfrentan a una infección conocida, pero muy estigmatizada que plantea un reto educativo y, especialmente personal, por los temores a la transmisión”

hoy, quienes presentan características diversas por el influjo de la modernidad, la globalización y nuevos estereotipos sexuales que ameritan un cambio en la cosmovisión de quienes tienen a su cargo la educación sexual. De acuerdo con lo anterior, esta investigación se propuso ir más allá del trabajo centrado en jóvenes, con el fin de conocer en qué situación están los docentes, quienes ejercen un papel importante en la formación de los estudiantes respecto a su salud sexual y reproductiva. Desde la perspectiva pedagógica de Maturana y Dávila (2005), se propone que los niños y jóvenes no desarrollan todo su potencial de aprendizajes solos, sino que lo hacen desde la convivencia e interacción con sus docentes y padres de familia, aprendiendo no solamente los aspectos conceptuales y teóricos de las diferentes áreas del conocimiento, sino que además aprenden el mirar, el sentir, el vivir, las creencias y las posturas que emergen de esa convivencia, lo que pone de manifiesto que muchos de los miedos, tabúes y creencias que giran en torno a la sexualidad son perpetuados por los padres y docentes en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Los docentes desempeñan un importante papel en esta epidemia, no sólo por la orientación que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos docentes tienen a la hora de

dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de las personas que presenten VIH/SIDA en la población adolescente. Es en este punto donde se establece una clara relación entre los adolescentes y los docentes, pues estos reciben y resguardan, en cierta medida, los miedos, tabúes y prejuicios que tiene la sociedad (UNESCO, 2006).

En el país existe información sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA pero principalmente centrada en jóvenes y demás poblaciones en alto riesgo (Uribe et al. 2009; Bayes, 1995; Diaz-Loving, 2001; UNESCO, 2006), pero aún poco se ha indagado sobre el estado en que se encuentran estas temáticas en los docentes, al ser uno de los principales actores sociales que transmiten esta información a los adolescentes, y que se cree, están calificados en el tema para orientar a dicha población.

De esta forma se considera que el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH es necesario, tanto para la prevención como para la intervención en el tema, sin embargo no son suficientes para generar conductas preventivas frente a la infección (Diclemente, et al. 2002). La necesidad de identificar los conocimientos y las principales ideas erróneas sobre el VIH/SIDA, se realiza con la intención de disminuir las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH en la medida que se aumenten los conocimientos y se disminuyan los conceptos erróneos (Uribe, 2005). Por otro lado, las actitudes son otra variable entendida como la tendencia a responder de la misma forma, ya sea favorable o no, con relación a un objeto o situación dada (Sánchez, 1997). Algunas investigaciones establecen que las actitudes pueden influir en las conductas de riesgo que se emitan, lo cual

“... hablar de sexualidad es un tema que continúa siendo tabú para muchos docentes y padres de familia, quienes fueron formados según modelos biologicistas y moralistas que siguen replicando en la actualidad...”

genera que la actitud frente a la infección por el VIH determine el comportamiento de otros o los propios frente al VIH/SIDA (Uribe, 2005).

Según Bodnar et al. (1990), los conocimientos son aquellas elaboraciones conceptuales, teóricas, abstractas, que el ser humano en el afán de buscar explicaciones a su existencia social y cultural ha construido a lo largo de su historia; por lo tanto, se puede concebir como el saber que han ido construyendo las personas a lo largo de su vida mediante la interacción permanente con la cultura, práctica, intuición y la ciencia.

De acuerdo con la investigación realizada por Uribe (2005) relacionada con el tema de VIH/SIDA, existen una serie de mitos, temores y estigmatizaciones que afectan las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH. Las actitudes de estigmatización hacia el VIH provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor a la transmisión, que ha sido una fuente de estigma relacionado con las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación (ONUSIDA, 2008). Las principales áreas de evaluación sobre las actitudes se relacionan con las personas diagnosticadas

de VIH/SIDA, ya sea al compartir con ellas, o por el hecho de sus características individuales, como su orientación sexual. Los conocimientos sobre el VIH/SIDA influyen en las actitudes de las personas con relación a la infección por el VIH/SIDA y con relación a las personas diagnosticadas (Edwards, 1992; Imperato, 1996).

Las actitudes son disposiciones que le permiten al ser humano actuar selectivamente en sus interacciones sociales, e inciden en la forma de actuar y de comportarse frente a diversas situaciones de la cotidianidad, además, una vez las actitudes son interiorizadas por los sujetos regulan su conducta (Valencia y Solera, 2009). Las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH (García Martínez, 2005). Actualmente, se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, debido a que se mantiene el estigma frente a la infección (OPS, 2002). Teniendo en cuenta que los docentes están en permanente contacto con los estudiantes, es necesario conocer qué actitudes tienen frente al VIH/SIDA y las personas diagnosticadas, con el fin de comprender cuáles de ellas pueden permear las construcciones o representaciones que tienen los estudiantes.

Paniagua, et al. (1997) apuntan a que la falta de conocimientos y los conocimientos erróneos son áreas muy importantes en la adquisición del VIH/SIDA. Otros factores de suma importancia son las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia (López Rosales, 1996). Existen tres factores adicionales de riesgo psicológico para la infección por VIH, estos son un bajo sentido de autoeficacia, un bajo sentido de susceptibilidad y las actitudes negativas hacia las consecuencias

“... existe una serie de mitos, temores y estigmatizaciones que afectan las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH...”

del VIH/SIDA. La susceptibilidad es definida como la percepción que tiene un individuo del riesgo que tiene ante una enfermedad determinada (Mize, et al. 2002). De acuerdo con Uribe (2005) se establece que si las personas se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, no emitirán esa conducta de riesgo. En un estudio donde se relacionaban las creencias sobre la infección por el VIH y la vulnerabilidad percibida y las actitudes frente al VIH, indican que a mayor creencia inadecuada mayor es la actitud negativa frente a las personas diagnosticadas, y a su vez, tanto la vulnerabilidad percibida como la autoeficacia es menor (Padrón y Vega, 2009; Viveros y Gil, 2006). Con respecto a la autoeficacia, es una variable de interés, por las implicaciones que tiene en la salud de las personas, relacionadas con los beneficios que tiene en las estrategias de autocuidado. Bandura (1990) señala que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento. De acuerdo con López Rosales (1996) se señala que la autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sexual sobre las relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido emitidas, y finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo. Algunos estudios indican que en la medida que aumentan

los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (Uribe, 2005; Orcasita y Uribe, 2009). En la prevención del VIH/SIDA, la autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo, para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sobre sus anteriores relaciones sexuales, y las conductas de riesgo que han sido emitidas, y finalmente, la habilidad para utilizar el preservativo adecuadamente (Noboa-Ortega, 2006). Lo anterior, teniendo en cuenta los factores ya mencionados, pero, sin dejar de lado el conocimiento sobre VIH, ya que este factor, aumenta la percepción de autoeficacia. Finalmente, en la actualidad, la teoría de la autoeficacia es una de las variables de mayor interés en los procesos en los cuales esté implicada la salud de las personas, principalmente, por los beneficios que puede tener en las estrategias del autocuidado en las personas (Noboa-Ortega, 2006). Por lo anterior, se hizo necesario analizar estas variables en función de los docentes, con el fin de reconocer a qué estrategias deben apuntarse y los desafíos para la formación y prevención en la temática.

Los expertos valoran que sigue existiendo falta de conocimientos, prejuicios en relación con elementos importantes de la educación sexual, las relaciones personales, de pareja y familia. De acuerdo con Padrón y Vega (2009), para reducir el riesgo de infección por VIH, es importante contar con conocimientos correctos, la práctica de relaciones sexuales seguras y el control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas. En un estudio realizado por Testa, Núñez, Ruiz y Senior (2002), sobre el nivel de educación sexual de docentes en la educación media, se evidenció la necesidad de educación sexual para los docentes y una tendencia a bajo en el nivel cognitivo sexual de los mismos. En Venezuela existen investigaciones que apoyan la necesidad de brindar educación sexual a los docentes, estas investigaciones indican que es urgente buscar estrategias que permitan la formación sexológica de estos, de lo contrario afirma Urdaneta (1995), se corre el riesgo de que algunos educadores, no impartan educación sexual, ya sea por tabúes existentes o por aducir que no están capacitados para ello.

El proceso de asesoramiento o consejería en temáticas de salud sexual y reproductiva está planteado como un espacio en el que brindan respuestas acerca de los cuidados y los riesgos en relación a la transmisión del VIH/SIDA. De acuerdo a las recomendaciones de la OPS (2002) la consejería debe formar parte de todas las estrategias de prevención del VIH. En la investigación realizada por Orcasita y Uribe (2009), se afirma que es importante intervenir no solo a los jóvenes sino a docentes y profesionales, porque permite que se fortalezcan los conocimientos que transmiten a los jóvenes frente a las temáticas de VIH, sexualidad, y comportamientos de riesgo en general. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de profesionales de la

salud de Cali-Colombia, con el fin de identificar las variables prioritarias a intervenir y plantear temas posibles para las intervenciones en los profesionales de la salud, quienes son los encargados de transmitir la información a la población afectada y no afectada por el VIH/SIDA.

“Los expertos valoran que sigue existiendo falta de conocimientos, prejuicios en relación con elementos importantes de la educación sexual, las relaciones personales, de pareja y familia...”

1. Metodología

1.1. Diseño de investigación

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

1.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por 57 docentes, entre 30 y 60 años, con una edad promedio de 33,71 años y una desviación típica de 11,53. Se realizó un muestreo no probabilístico. La población comprendía docentes de diferentes áreas: pertenecientes a instituciones educativas públicas de la ciudad de Cali-Colombia.

1.3. Instrumento

En la presente investigación se utilizó la Escala VIH/SIDA-65, (35), que 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 (12). La escala VIH/SIDA- 65 tiene diversas aplicaciones en nuestro contexto: valoración de conocimientos y actitudes en agentes sociales: docentes, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, padres, etc. Estos grupos de personas muchas veces son los encargados de educar sobre el SIDA. Por ello un programa de prevención en el que se utiliza a estos grupos de personas tendría que conocer antes qué conocimientos y actitudes tienen.

1.4. Procedimiento

En primera instancia se realizó el contacto con la institución educativa 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 docentes y se inició el proceso de aplicación de los instrumentos. 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. La realización de esta investigación fue evaluada por el comité investigativo de la universidad, antes de ser aprobada para su realización, logrando cumplir con los criterios éticos necesarios en la investigación con seres humanos.

2. Resultados

Entre las características sociodemográficas de los docentes, se encuentran la edad, el sexo y el nivel socioeconómico. En la aplicación inicial del instrumento participaron 57 docentes con edades entre los 30 y 60 años. La edad promedio de los participantes fue de 45,42 años con una desviación típica 7,03. En cuanto sexo, el 63,2% correspondió a las mujeres y el 36,8% correspondió a los hombres. Respecto al nivel socioeconómico, la mayoría de los docentes se encontraban en el estrato socioeconómico 3 (56,1%). El estado civil de la mayoría de los docentes era casado (40,4%) y solteros (21,1%). La mayoría de los docentes pertenecen a la religión católica (71,9%) (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Docentes

Datos sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje
Edad	30 a 40 años	13	22,8 %
	41 a 50 años	28	49,1 %
	51 a 60 años	16	18,1 %
	Media	45,42	
	Desviación Típica	7,03	
Sexo	Varón	21	36,8 %
	Mujer	36	63,2 %
Nivel socioeconómico	1	4	7,1 %
	2	9	15,8 %
	3	32	56,1 %
	4	8	14 %
	5	4	7 %
Estado Civil	Soltero/a	12	21,1 %
	Casado/a	23	40,4 %
	Viudo/a	2	3,5 %
	Separado/a	3	5,3 %
	Divorciado/a	3	5,3 %
	Unión libre	8	14 %

Del total de los docentes que participaron, el 68,4% ha recibido información sobre *transmisión* del Virus del Sida y el 56,1% ha recibido información sobre *prevención* del VIH durante los últimos 6 meses. Las principales fuentes de información para la *transmisión* del VIH fueron programas de TV (50,9%), y artículos de periódico (38,6%), y para la *prevención* del VIH las principales fuentes de información fueron programas de TV (45,6%) y artículos en periódicos (42,1%) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de información de los docentes sobre transmisión y prevención del VIH

		Transmisión		Prevención	
		F	%	F	%
Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre el virus del SIDA?	Sí	39	68,4 %	32	56,1 %
	No	10	17,5 %	10	17,5 %
Procedencia de la información recibida					
Programas de TV		29	50,9 %	26	45,6 %
Programas de radio		14	24,6 %	13	22,8 %
Artículos en revista		17	29,8 %	20	35,1 %
Artículos en periódicos		22	38,6 %	24	42,1 %
Carteles en la calle		11	19,3 %	7	12,3 %
Mostradores en tiendas y folletos explicativos distribuidos por grandes almacenes		9	15,8 %	7	12,3 %
Carteles en buses o carro		3	5,3 %	3	5,3 %
Amigos/conocidos		8	14 %	7	12,3 %
Folletos distribuidos en la calle		7	12,3 %	9	15,8 %
Folletos distribuidos en el colegio		6	10,5 %	7	12,3 %
Línea de información telefónica sobre el SIDA o Internet		5	8,8 %	6	10,5 %
Charlas en el colegio		6	10,5 %	5	8,8 %
Organizaciones comunitarias		3	5,3 %	5	8,8 %
Folletos elaborados por las autoridades		8	14 %	9	15,8 %
La familia		3	5,3 %	5	8,8 %

2.1. Escala de VIH/SIDA-65

Para la escala VIH/SIDA-65 se presentan los resultados obtenidos en cada una de las subescalas (conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia). En las escalas evaluadas se evidencia que los docentes tienen conocimientos correctos (media de 16,8; desviación típica de 2,47), actitud positiva (media de 3,97; desviación típica de 1,12) y autoeficacia (media de 4,02; desviación típica de 1,16), por lo cual se puede decir que en términos generales, los docentes que participaron en el proyecto tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con VIH y autoeficacia (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de las subescalas del VIH/SIDA-65 de los docentes

Subescalas	Estadísticos descriptivos			
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Conocimiento correcto	8,00	20,00	16,8043	2,47314
Conocimiento erróneo	0,00	10,00	1,1739	1,96982
Actitud positiva	2,00	5,00	3,9783	1,12525
Actitud negativa	0,00	4,00	1,0833	1,16388
Actitud neutra	0,00	3,00	1,3696	0,79885
Susceptibilidad	0,00	4,00	1,7660	0,69822
Autoeficacia	1,00	5,00	4,0217	1,16408

2.2. Conocimientos correctos e ideas erróneas frente al VIH/SIDA

Se puede establecer que los docentes tienen *conocimientos* adecuados frente a la infección por VIH/SIDA. En las *formas de transmisión* tienen claras las principales vías de infección como son a través de las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer (91,2%), mujer a un hombre (93%), por relación sexual de tipo anal (78,9%), por recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA (94,7%), por compartir jeringas intravenosas con una persona infectada con el virus del SIDA (97,1%) y por transfusión de sangre (96,5%). Tienen el conocimiento de que el semen es un fluido a través del cual se puede transmitir el SIDA (91,2%).

Sin embargo, entre las ideas erradas se encuentran algunas que son consideradas factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA. En porcentajes menores, se mantienen áreas de desconocimiento como por ejemplo, el 12,3% afirma que es falso que el virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer; el 8,8% afirma que es falso que los hijos de una madre corren mayor riesgo de contraer el SIDA, en contraste un 10,5% manifiesta no saber del riesgo. Igualmente un 21,1% afirma que es falso que el virus del SIDA pueda transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales y que es falso que se pueda contraer el SIDA de alguien que está infectado, aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad (8,8%); además, que es falso que las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas (17,5%) (Véase tabla 4 y 5).

Otras formas de transmisión desconocidas de algunos docentes es que afirman que se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos (12,3%), compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada (26,3%), compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA (8,8%), usando objetos

personales de otra persona, como un cepillo del cabello (12,3%), así como estornudar y toser, como formas que pueden transmitir el virus del SIDA (10,5%), o a través de las piscinas (8,8%).

Tabla 4. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, conocimientos correctos respecto al VIH/SIDA

Conocimientos correctos respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	Verdadero		Falso		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.	53	93,0	1	1,8	2	3,5
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad.	55	96,5	1	1,8	-	-
Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen.	52	91,2	1	1,8	3	5,3
Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales.	24	42,1	30	52,6	2	3,5
Hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres.	52	91,2	-	-	2	3,5
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.	53	9,3	2	3,5	1	1,8
Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA.	54	94,7	1	1,8	-	-
Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres.	53	93	-	-	1	1,8
Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales.	28	49,1	22	38,6	4	7
El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer.	47	82,5	7	12,3	1	1,8
Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades.	49	86	-	-	2	3,5
Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el SIDA.	41	71,9	5	8,8	6	10,5
En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA.	40	70,2	4	7	8	14
Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.	45	78,9	3	5,3	3	5,3
Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas.	39	68,4	10	17,5	3	5,3
El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.	50	87,7	-	-	2	3,5
Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal.	45	78,9	1	1,8	5	8,8
El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.	39	68,4	12	21,1	1	1,8
Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.	41	71,9	8	14	3	5,3
Se puede contraer el SIDA de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.	41	71,9	5	8,8	6	10,5

Tabla 5. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, Conocimiento erróneo respecto al VIH/SIDA

Conocimiento erróneo respecto al VIH/SIDA						
Item	Respuestas					
	Verdadero		Falso		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Se puede saber si una persona tiene el virus del SIDA con sólo mirarla.	1	1,8	48	84,2	7	12,3
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada.	15	26,3	34	59,6	7	12,3
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA.	2	3,5	44	77,2	8	14
Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con SIDA.	4	7	49	86	1	1,8
Todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales.	-	-	53	93	1	1,8
Tener el SIDA no es grave, es como estar resfriado.	-	-	53	93	-	-
El estrés puede causar SIDA.	2	3,5	49	86	3	5,3
Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad.	1	1,8	50	87,7	2	3,5
Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus.	2	3,5	46	80,7	6	10,5
Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos.	7	12,3	40	70,2	6	10,5
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA.	5	8,8	47	82,5	-	-
Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA.	4	7	38	66,7	9	15,8
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus.	5	8,8	38	66,7	8	14
Las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos.	-	-	50	87,7	2	3,5
El SIDA se ha encontrado sólo en los hombres.	1	1,8	48	84,2	2	3,5
Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un cepillo del cabello.	7	12,3	36	63,2	9	15,8
Se puede contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA usó.	5	8,8	36	63,2	11	19,3
Se puede transmitir el virus del SIDA mediante abrazos.	-	-	50	87,7	2	3,5
El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA.	6	10,5	37	64,9	9	15,8
Se puede contraer el virus del SIDA en la piscina.	5	8,8	40	70,2	6	10,5

2.3. Actitudes frente a la infección por VIH/SIDA

Más de la mitad de los docentes tienen una *actitud positiva* hacia la temática VIH/SIDA. Están de acuerdo en que es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud (86%), el 52,6% están de acuerdo en que debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos y vivan en unidades residenciales (56,1%), así como que los alumnos que tienen el virus del SIDA puedan asistir a clase (66,7%) (Véase Tabla 6).

Respecto a la *actitud negativa* hacia personas con VIH/SIDA, los resultados muestran que la mitad de los docentes (49,1%) se sentirían incómodos usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus; el 14% están de acuerdo en que las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás, para garantizar la seguridad de las personas (12,3%) (Véase Tabla 7). Adicionalmente, el 24,6% está de acuerdo en que no debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos (Véase Tabla 7). Las actitudes negativas hacia el preservativo han sido identificadas como factor de riesgo para la infección por VIH.

Tabla 6. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, actitud positiva respecto al VIH/SIDA.

Actitud positiva respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	De acuerdo		Desacuerdo		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.	49	86	1	1,8	-	-
Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA.	43	75,4	3	5,3	2	3,5
Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos.	30	52,6	14	24,6	5	8,8
Debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.	32	56,1	12	21,1	3	3
Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase.	38	66,7	9	15,8	2	3,5

Tabla 7. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, actitud negativa respecto al VIH/SIDA

Actitud negativa respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	De acuerdo		Desacuerdo		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA.	2	3,5	42	73,7	8	14
Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA.	28	49,1	18	31,6	4	7
Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás.	7	12,3	39	68,4	3	5,3
Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades.	8	14	34	59,6	7	12,3
Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás	8	14	39	68,4	2	3,5

2.4. Actitud neutra

Con relación a las formas de prevención, auto cuidado y uso del preservativo, el 70,2% de los docentes están de acuerdo en que es importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales. Pero, un 15,8% considera que disminuye el placer sexual y éste mismo porcentaje está de acuerdo que parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, actitud neutra respecto al VIH/SIDA

Actitud neutra respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	De acuerdo		Desacuerdo		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Elegir el tipo de condón que se va a comprar puede resultar difícil.	5	8,8	39	68,4	6	10,5
El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón.	9	15,8	32	56,1	6	10,5
Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido.	9	15,8	32	56,1	7	12,3
Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales.	40	70,2	9	15,8	-	-
Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones.	4	7	44	77,2	1	1,8

2.5. Susceptibilidad frente al VIH/SIDA

La susceptibilidad se refiere a la valoración del riesgo personal que tienen las personas, en este caso hacia el VIH/SIDA. Los docentes están de acuerdo y creen que pueden contraer el SIDA (38.6%) en contraste con un 35,1% que se encuentra en desacuerdo. Al 63,2% les preocupa contraer el virus del SIDA, lo que puede funcionar como un factor de protección frente a la infección (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, susceptibilidad respecto al VIH/SIDA

Susceptibilidad respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	De acuerdo		Desacuerdo		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA.	15	26,3	29	50,9	8	14
No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA.	8	14	39	68,4	4	7
Creo que puedo contraer el SIDA.	22	38,6	20	35,1	7	12,3
Me preocupa contraer el virus del SIDA.	36	63,2	10	17,5	2	3,5
Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del SIDA.	4	7	45	78,9	-	-

2.6. Autoeficacia

La autoeficacia hace referencia a las creencias que tienen las personas sobre sus propias capacidades, y que, con respecto a la infección por VIH/SIDA es considerada un factor de protección. La mayoría de los docentes se sienten capaces de pedirle a sus parejas que usen condón (84.2%) y de llevarlo por si deciden tener relaciones sexuales (68,4%). Adicionalmente, creen en su capacidad de comprar o conseguir condones fácilmente (70,2%) y de dialogar y preguntarle a la pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya (75,4%), siendo factores de protección importantes para esta población (Véase Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de la muestra de los docentes en función de cada uno de los ítems de la subescala, autoeficacia respecto al VIH/SIDA

Autoeficacia respecto al VIH/SIDA						
Ítem	Respuestas					
	De acuerdo		Desacuerdo		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón.	48	84,2	2	3,5	1	1,8
Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente.	40	70,2	7	12,3	3	5,3
Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya.	43	75,4	2	3,5	2	3,5
Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.	26	45,6	13	22,8	10	17,5
Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales.	39	68,4	7	12,3	3	5,3

3. Discusión

La mayoría de los docentes tienen un nivel de *conocimientos* sobre la temática VIH/SIDA, su transmisión y prevención, lo cual es considerado un factor que protege a la persona para la infección por VIH/SIDA (Uribe, 2005). Sin embargo, algunos docentes tienen algunas *ideas erróneas* que se mantienen frente a determinadas áreas y que se asocian como un factor de riesgo para la infección, lo cual es necesario abordar y formar, ya que ellos se convierten en actores sociales y agentes de cambio en el contexto educativo del cual hacen parte sus estudiantes; por lo tanto se propone brindar mayor capacitación con respecto a los mitos, prejuicios y percepciones, más allá de brindar información sobre el VIH/SIDA. Con respecto a la variable “actitudes” frente a las personas diagnosticadas y uso del preservativo, la mayoría son favorables, aunque algunos docentes tienen algunas actitudes negativas frente al contacto con dichas personas, lo cual ha sido identificado como factor de riesgo para la infección por VIH (Sánchez, 1997). Con respecto al riesgo personal frente a la infección los docentes consideran que pueden contraer el virus y les preocupa contraer el virus del SIDA, lo que puede funcionar como un factor de protección y de auto cuidado frente a la infección (OPS, 2002). Por tal razón, nuevamente se resalta la importancia de que los docentes reciban capacitaciones en el área de salud sexual y reproductiva, que permitan un proceso de aprendizaje y refuerzo de conocimiento (Valencia y Solera, 2009), que dichos contenidos impartidos sean enfocados a las necesidades de los docentes y a las áreas de intervención, y que tanto a nivel personal como laboral puedan brindarles estrategias pertinentes.

Es necesario que se brinden espacios para conversar sobre prevención y anticoncepción, entre

“Es necesario que se brinden espacios para conversar sobre prevención y anticoncepción, entre docentes y adolescentes que pertenecen a las instituciones educativas...”

docentes y adolescentes que pertenecen a las instituciones educativas, con el fin de propiciar que las personas se sientan respaldadas para tomar posturas en relación con la planificación familiar. Desde esta perspectiva, los docentes necesitarían contar con algunos elementos básicos para el abordaje de esta problemática; por una parte, un nivel adecuado de conocimientos generales sobre sexualidad humana y, por otra, un lenguaje flexible y respetuoso respecto al comportamiento de las demás personas. Asimismo, es prioritario para futuras investigaciones, abordar de dónde obtienen información los docentes y qué tan fiable es dicha información en los procesos de educación en sexualidad, teniendo en cuenta que en esta investigación las principales fuentes de información en los docentes han sido los programas de televisión y artículos de periódico.

De acuerdo con Valencia y Solera (2009), educar para la sexualidad en estas condiciones tan particulares, no es una tarea fácil para docentes y padres de familia, que teniendo que luchar no sólo con sus miedos y temores frente al tema, se enfrentan a variables externas que inciden notablemente en la toma de decisiones sexuales de los adolescentes; por esto se hizo necesario hacer un estudio de tipo etnográfico que permitiera mediante la convivencia y el trabajo

continuo de dos años, conocer a profundidad lo que piensan y creen los jóvenes frente al tema, sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, determinando sus verdaderas necesidades de aprendizaje. Finalmente, los docentes requieren prepararse para crear estrategias que contribuyan a establecer la atención eficaz para dar solución a las problemáticas de la juventud, respecto a su salud sexual y reproductiva. De esta forma lograr adquirir las habilidades necesarias para el diseño de programas de atención integral y hacer revisiones que incluyan técnicas de evaluación y de intervención en las problemáticas del adolescente. Por último, cabe señalar que los docentes encuestados están conscientes de sus limitaciones y vacíos de información y demandan estrategias, programas y proyectos que potencien las experiencias en marcha y consigan incidir positivamente en cambios de actitudes en los responsables de la formación de maestros y en los propios docentes, quienes tienen la inmensa oportunidad de apoyar en la prevención, mediante su trabajo con estudiantes, familias y comunidades.

Referencias

- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - PROFAMILIA (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: PROFAMILIA.
- Bandura A. (1990). Perceived Self- Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. *Medien Psychologie*. 1: 23-43.
- Bandura A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En DiClemente R (eds.). *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. Newbury Park, CA: Sage; pp. 89-116.
- Bodnar Contreras, Y., Tovar Cortés, E., Arias Campo, R., Bogoya Maldonado, N., Briceño Alvarado, P., Murillo Ortiz, J. & Rodríguez Palau, E. (1999). *Cultura y sexualidad en Colombia: Un espacio para leer relaciones de poder, formación de actitudes y valores humanos*. Bogotá: Universidad Distrital "Francisco José de Caldas".
- Bayes, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Bermúdez MP, 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*. 4: 553-570.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe, A.F. (2005). *Cuestionario General*. Universidad de Granada. Documento sin publicar.
- Boer, H., y Emons, P.A.A. (2004). Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, 16, 167-176.
- Caballero, R; Villaseñor, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/Sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbre. *Salud Pública Mex*, 45, 108-114.
- Cabrera, G., Tascon, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. *Salud Pública*, 19, 91-101.
- Cáceres, C. Rosasco, A. Muñoz, S., Gotuzzo, E., Mandel, J., Hearst, N. (1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y docentes de la escuela secundaria de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 109-123.
- Campos, G. (1998). O anti-taylor: sobre a invencao de um método para co-governar instituicoes de saude produzindo liberdade e compromisso Cad. *Saude Publica*, 14, (4), 863-870.
- Catania, J. A.; Kegeles, S. M. Coates. J. (1990). Toward an Understanding of Risk Behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). En *Health Education Quarterly*, 17, 53- 72.
- Cazenave, A., Ferrer, X., Castro, S. y Cuevas, S (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología*, 22 (1), 51-57.

- Diclemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood, G.M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32, 25-39.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH-SIDA. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 35, 25-39.
- Edwards, S. (1992). Sexually active adolescent have less knowledge and less fear of HIV than their abstinent peers. *Family Planning Perspectives*, 24, 142-143.
- García Martínez, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21, 50-57.
- Harrell, J.P. y Wright, L.W. (1998). The development and validation of the Multicomponent AIDS Phobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 201-216.
- Imperato, A.M. (1996). Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, attitudes, behaviors and risks. *Journal of Community Health* 21, 329-347.
- López, N; Vera, L.M y Orozco, L.C. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32, 32-40.
- 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.
- Maturana, H. y Dávila, X. (2005). *Educación desde la matriz biológica de la existencia humana, biología del conocer y biología del amar*. Santiago: Oficina Regional de Educación de la Unesco para América Latina y el Caribe. Manuscrito no publicado.
- Mize, S., Robinson, B., Bockting, W. y Scheltema, K. (2002). Structure of HIV knowledge, attitudes, and behaviors among American Indian Young adults. *AIDS Education and Prevention*, 14, 401-419.
- Montero, I., y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Noboa-Ortega, P. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- ONUSIDA, (2009). *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008*. Recuperado el 15 de diciembre, 2010, <http://www.unaids.org>
- Organización Panamericana de Salud. OPS (2002). *Conversemos de salud sexual: manual para el trabajo de equipos de salud de establecimientos de atención primaria*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). *Salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 20 mayo 2011, de <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>.
- Paniagua, F. A., O'Boyle, M. y Wagner, K.D. (1997). The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalised adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention and Education for adolescents and children*, 1, 65-104
- Rivas, E., Rivas, A., Barría, M., Sepúlveda, C. (2009). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. *Temuco-Valdivia. Ciencias y Enfermería*, XV (1), 109-119.
- Sánchez, G. (1997). Representaciones psicosociales sobre el SIDA. *Revista Información Psicológica*, 63, 198-200.
- Uribe, A.F., Valderrama, L.J., Sanabria, A.M., Orcaíta, 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.
- 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.
- López Rosales, F. (1996). *SIDA, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a*

19 años. México, D.F: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Orcasita Pineda, L. T y Uribe, A.F. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (27). Recuperado 01, junio, 2009, http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=1.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2008). *Iniciativa Mundial sobre Educación y VIH & SIDA*. Recuperado 29 Abril, 2008, de www.unesco.org/aids.
- Padrón, L. y Vega, C. (2009). Conocimientos y actitudes de riesgo para infección por el virus de inmunodeficiencia humana en estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur* 7 (1), 12-19.
- Paiva, V; Filipe, E; Santos, N; Lima, T. y Segurado, A. (2003). The right to love: The Desire for Parenthood among Men Living with HIV. In: *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 91-100.
- Testa, M., Núñez, M., Ruiz, F. y Senior, A. (2002). Nivel de educación sexual de los docentes. *Multiciencias*, 2, (002), 107-114.
- Urdaneta, L. (1995). *Nivel de conocimiento sexual en los docentes de la Unidad Educativa "General Manuel Marique" del Municipio Colón*. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. Trabajo de Grado de Maestría no Publicado, Maracaibo, p.75.
- Valencia, N. y Solera, N. (2009). Necesidades de aprendizaje sobre la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe Colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 17 (1), 106-131.
- Viveros, M. y Gil, F. (2006). ¿Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro* 22 (1), 201-208.

