

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

Maestría en Salud Reproductiva



**“Competencias sobre VIH/Sida en escolares de 15 a 19 años,
Microrred Ampliación Paucarpata Ministerio de Salud,
Arequipa - Perú, 2007”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Jeanette Rosio Fuentes Medina

Para optar el grado académico de Magíster
en Salud Reproductiva.

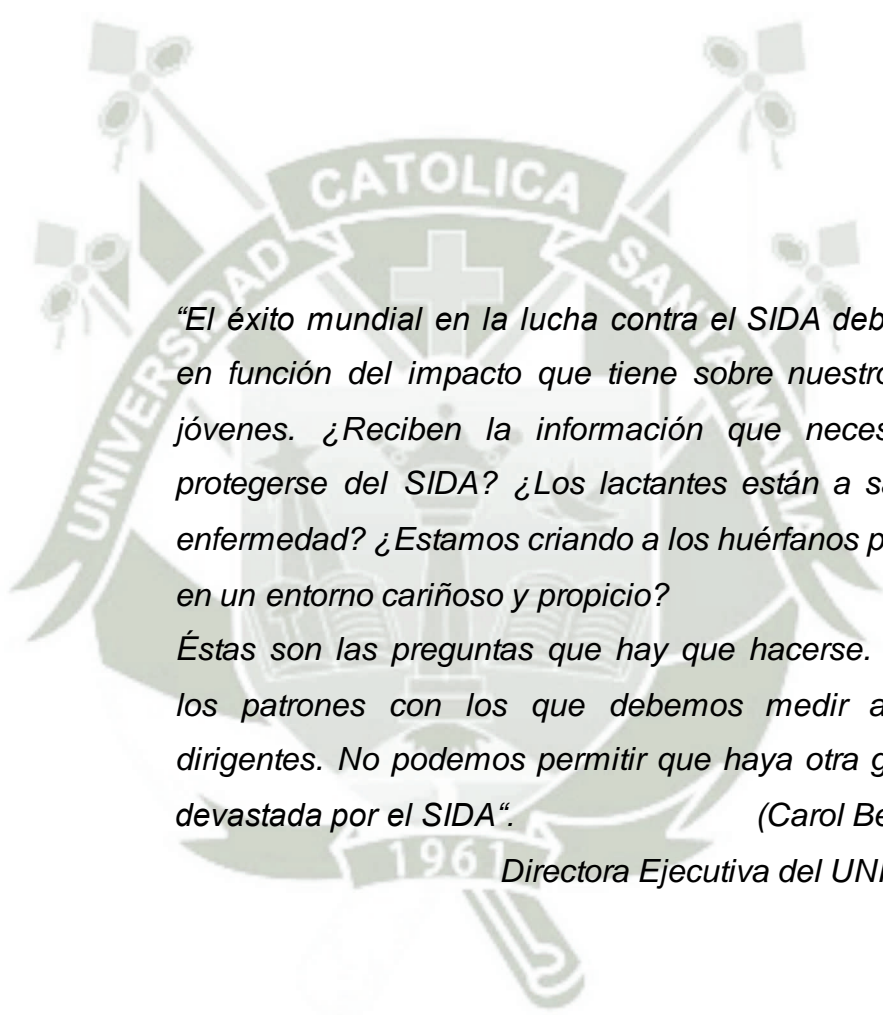
Arequipa – Perú

2008

*Con amor a Jean Piero, mi hijo por ser mi
compañero, mi mejor crítico y por tener la
paciencia para ser en esta etapa de mi vida
mi maestro.*

*Porque poseedor de grandes potencialidades
alcance todos sus sueños e ideales
disfrutando cada instante de su vida,
porque nada dura para siempre.*

Jeanette Rosio



“El éxito mundial en la lucha contra el SIDA debe medirse en función del impacto que tiene sobre nuestros niños y jóvenes. ¿Reciben la información que necesitan para protegerse del SIDA? ¿Los lactantes están a salvo de la enfermedad? ¿Estamos criando a los huérfanos por el SIDA en un entorno cariñoso y propicio?

Éstas son las preguntas que hay que hacerse. Éstos son los patrones con los que debemos medir a nuestros dirigentes. No podemos permitir que haya otra generación devastada por el SIDA“.

(Carol Bellamy)

Directora Ejecutiva del UNICEF

Agradecimientos:

A mis profesores y tutores de tesis cuyo
aporte.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	VI
SUMMARY.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
RESULTADOS.....	1
1. SISTEMATIZACIÓN Y ESTUDIO DE LOS CASOS.....	2
1.1. Características de la muestra.....	2
1.2. Primer Indicador.....	12
1.3. Segundo Indicador.....	17
1.4. Variable investigativa.....	22
2. DISCUSIÓN.....	24
3. CONCLUSIONES.....	38
4. PROPUESTAS Y SUGERENCIAS.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	47
Anexo 1. Matriz de sistematización.....	48
Anexo 2. Propuesta educativa.....	63
Anexo 3. Prueba de Hipótesis.....	69
Anexo 4. Proyecto de Tesis.....	74

RESUMEN

La epidemia del SIDA tiene un rostro joven. Los adolescentes y jóvenes constituyen un grupo vulnerable por ello es fundamental abordar el problema reconociendo aquellos aspectos culturales y psicosociales que influyen en la manera como los adolescentes piensan en relación al VIH/SIDA. La vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos nacionales pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales. Los estudios de carácter local contribuyen a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional; por ello, a través de un estudio transversal y descriptivo, se exploraron las competencias personales respecto al VIH/SIDA en adolescentes escolares de 15 a 19 años, en centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata –MINSA en el 2007.

Se utilizó la técnica de la encuesta y un instrumento tipo cuestionario, voluntario y autoadministrable, en 651 escolares seleccionados al azar. Los resultados obtenidos evidencian que solo un reducido 54,41% mostró un nivel de conocimientos adecuados en relación a VIH/SIDA en el año del estudio, un 57,35% presentaron actitudes favorables y cuando se evaluaron las competencias personales dio un 55,88%, el cual es poco más de la mitad, de los evaluados. Se comprueba que los indicadores son desalentadores en la microrred. Se recomienda mejorar el enfoque de los componentes educativos y a los actores sociales locales trabajar coordinadamente.

SUMMARY

The epidemic of the AIDS has a young face. Adolescents and youths constitute a vulnerable group, for that it is fundamental to approach the problem recognizing those social, psychological and cultural aspects that influence in the way like those and the adolescents think in relation to the VIH/SIDA. The sexual life of the youths is crossed by cultural, social, ethnic and economic components; the national data cannot be giving bill of the local particularities. The studies of local character contribute to contrast or to validate what the national level exposes and mainly, to guide the interventions in health with base in local evidence, without losing the national perspective, For that, through a traverse and descriptive study, the personal competitions were explored regarding the VIH/SIDA in school adolescents from 15 to 19 years, in educational centers of the jurisdiction of the Microrred Amplificación Paucarpata - MINSA in 2007. It was used the technique of the questionnaire and an instrument type questions schedule, anonymous, voluntary and self executed, in 651 scholars selected at random. A reduced 54,41% only showed a good level of knowledge in relation to VIH/SIDA in the year of the study, a regular 57,35% presented favorable attitudes and when a good level of knowledge and favorable attitudes coincided in adolescent, it means, the personal competitions, it gave 55,88%, which is low. It is proven that the indicators are negative in the microrred. It is recommended to improve the focus of the educational components and to the local social actors to work coordinately.

INTRODUCCIÓN

Conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de los jóvenes sobre ETS/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 marcadores para el futuro.

También, cabe señalar que no existe información a nivel de centros educativos en el ámbito de la microrred donde se realizó el estudio, cayéndose, a veces, en el diseño de propuestas educativas o informativas espontáneas, que no se sustentan en resultados de investigaciones. Animó al presente trabajo el pretender llenar ese vacío de información, siendo un aporte más en la unión de esfuerzos para lograr disminuir la infección por VIH/SIDA en esta población.

A partir de la década de los 90, la pandemia se extiende a todo el país, y el perfil de muchas de las personas diagnosticadas correspondía a hombres y mujeres adolescentes de estratos económicos situados en la pobreza y extrema pobreza. Por eso hoy se reconoce que la infección por el VIH/SIDA se ha vuelto joven (en el mundo la mitad de las infecciones por el VIH ha ocurrido en personas menores de 25 años). Este trabajo nos provee información valiosa sobre este grupo etéreo altamente vulnerable y sobre el cual deben realizarse intervenciones, sobre todo sabiendo como base cuánto conocen y qué actitudes tienen nuestros adolescentes de la jurisdicción

sobre la epidemia. Además permite estudiar mejor a esta población a través de la metodología propuesta, dadas las características de ésta.

En este estudio de naturaleza transversal, previa prueba piloto para calibrar el instrumento y evaluar los porcentajes de respuestas, esta población fue explorada a través de un cuestionario de 35 reactivos, 10 para conocimientos y 25 para actitudes. En todo momento se preservó el anonimato y la confidencialidad de los integrantes de la población en estudio. La sistematización de datos para la información cruda se hizo en paquetes informáticos. Se aplicaron las medidas de resumen habituales que se hace en los análisis univariados de estudios descriptivos. Para la clasificación de los puntajes obtenidos se estableció como umbral el percentil 60 para un buen nivel de conocimientos. En el caso del inventario de actitudes este umbral fue del percentil 60 para actitudes favorables. Se tuvo en consideración preceptos éticos en investigación como autonomía (autogobierno por la persona en el principio de su libertad con responsabilidad), beneficencia y al mismo tiempo no maleficencia (el fin es siempre el bien del paciente), y justicia (virtud de dar a cada quien lo que le corresponda).¹

Las principales limitaciones y dificultades que hemos encontrado han sido la poca disponibilidad de tiempo de los estudiantes debido a la sobrecarga curricular de los escolares, ya que tenían que recuperar el tiempo perdido por

¹ Amor Villalpando Alberto, Sánchez Granados Porfirio. Definiciones de ética y bioética. Sitio de la bioética en la filosofía moral. Deontología, teleología, los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Rev Sanid Milit 1999; 53(2): 153-156.

las paralizaciones. Otra ha sido la posibilidad de que muchos reactivos no hayan sido respondidos con honestidad, lo cual es común en este tipo de estudios. En algunos casos la falta de privacidad o la presunción de perder el anonimato pueden haber contribuido a que algunos reactivos queden sin respuesta, sumado esto al temor y vergüenza que despiertan estos temas en una juventud cargada de mitos y tabúes, que no está acostumbrada a este tipo de experiencias investigativas, tal vez para muchos ha sido la primera vez que han sido consultados sobre estos temas o nunca se vieron en la necesidad de reflexionar en torno a las interrogantes o premisas de los reactivos. También creemos que hubiera sido interesante contar con un mayor número de variables que permitan explorar las características sociodemográficas de la muestra y las dimensiones del comportamiento bajo el enfoque de riesgo en esta población, sin embargo, también hubiera sobre cargado nuestro instrumento restándole concisión, concreción y funcionalidad; hecha esta salvedad, podemos afirmar que nuestros resultados pueden ser tomados como un estudio de línea de base para otras investigaciones que incorporen estos objetivos en su diseño.

Expresamos nuestro agradecimiento a nuestros colaboradores así como a nuestros maestros y a los tutores cuyo aporte ha sido decisivo para la realización de este trabajo de investigación. También hacemos un especial reconocimiento a las autoridades educativas y plana docente de los centros educativos visitados por las facilidades otorgadas.



1.

RESULTADOS

1. SISTEMATIZACIÓN Y ESTUDIO DE LOS CASOS.

1.1. Características de la muestra:

Cuadro n° 1. Distribución de la población según edad

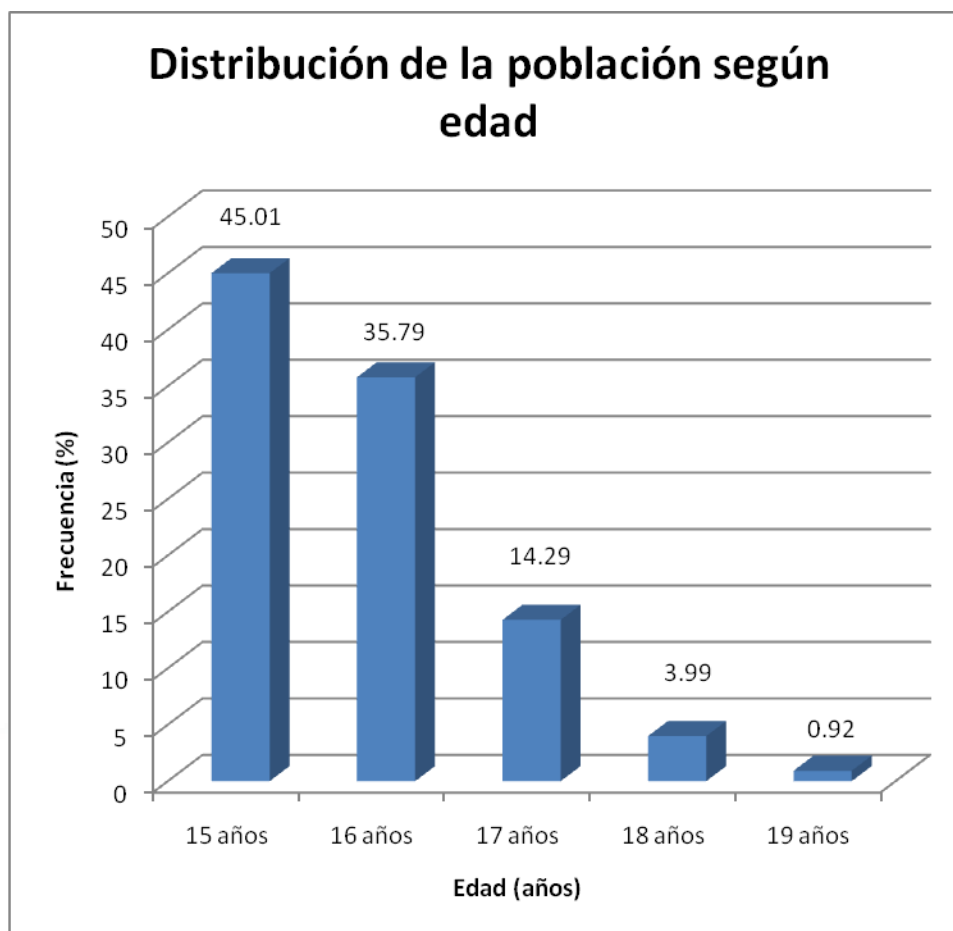
Edad	Número	Porcentaje
15 años	293	45,01
16 años	233	35,79
17 años	93	14,29
18 años	26	3,99
19 años	6	0,92
Total	651	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Media 15,80, Desviación estándar 0,89, Varianza 0,80, Rango 4, Mínimo 15, Máximo 19, Nivel de confianza (95,0%) 0,07.

En la categoría de edad de 15 años se agrupa el mayor porcentaje de observaciones con un 45,01% (293/651), ocupando el último lugar la de 19 años con 0,92% (6/651), lo que puede ser explicado por la exclusión de los escolares que tenían menos de 15 años, la mayoría de los cuales cursan el tercer año, como se verá más adelante. Se evidencia que no existe mucho retraso escolar.

Gráfico N° 1. Distribución de la población según edad



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

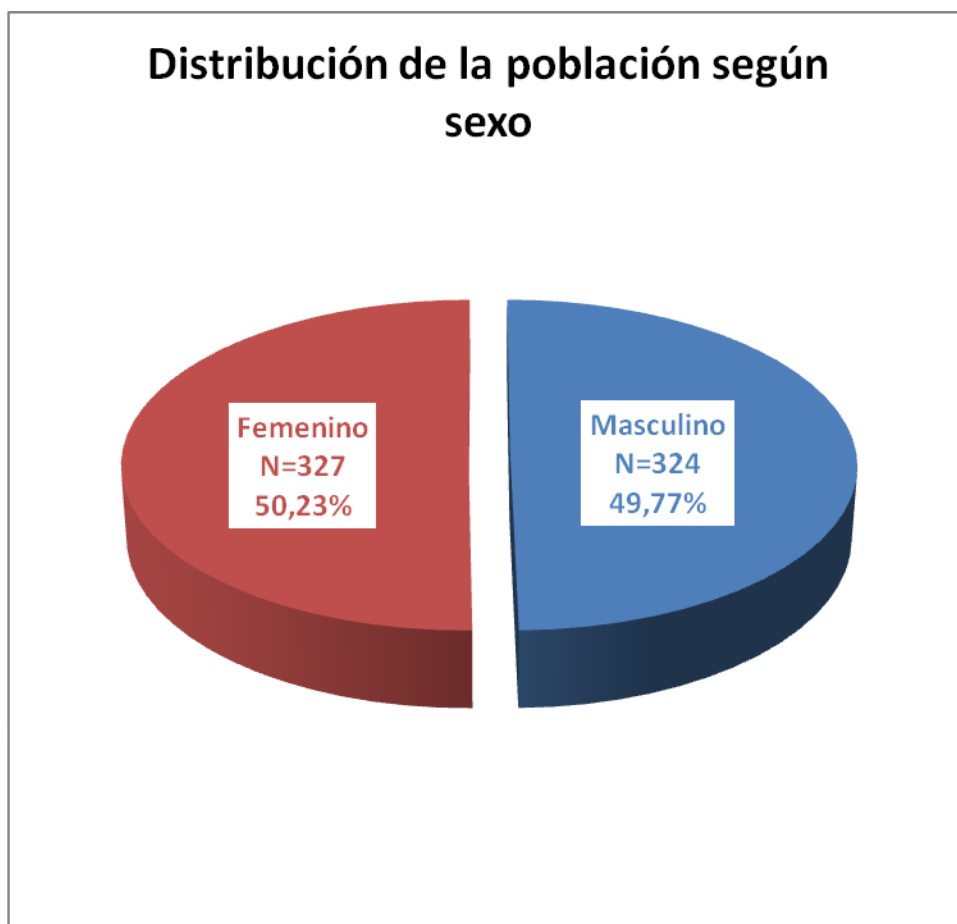
Cuadro N° 2. Distribución de la población según sexo

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	324	49,77
Femenino	327	50,23
Total	651	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Se encontró que el 49,77% (324/651) son varones y el 50,23% (327/651) mujeres. Esta es una distribución poblacional según sexo similar a la observada a nivel nacional. Indirectamente nos estaría advirtiendo que no se observan desigualdades en el componente género en esta población.

Gráfico N° 2. Distribución de la población estudiada según sexo



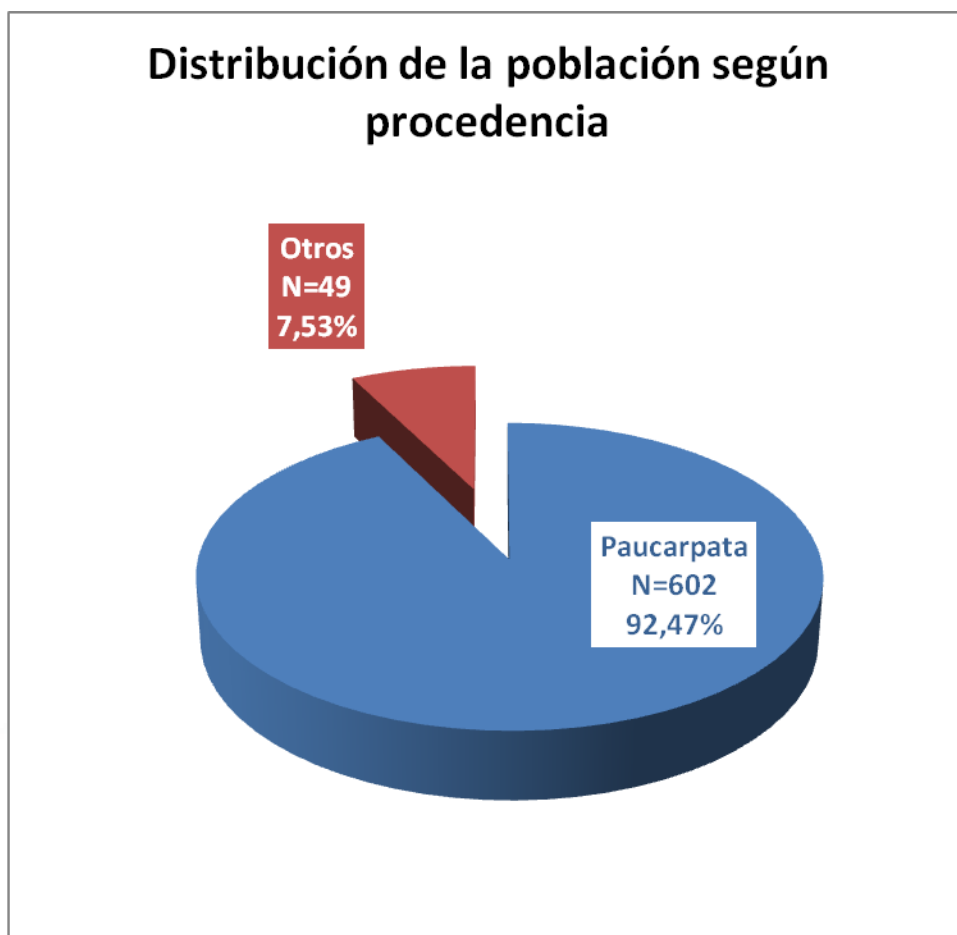
Cuadro N° 3. Distribución de la población según procedencia

Procedencia	Número	Porcentaje
Paucarpata	602	92,47
Otros	49	7,53
Total	651	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

El mayor porcentaje de escolares vive en Paucarpata llegando a un 92,47% (602/651). Este dato es importante ya que trasciende que en su mayoría se trate de una población que comparte un espacio geográfico y un contexto sociocultural. Llama la atención la presencia de escolares que residen en distritos alejados y que pueden estar expuestos a comportamientos de riesgo por la distancia y el tiempo que se hallan alejados de su hogar, lejos del control de padres o tutores.

Gráfico N° 3. Población estudiada según lugar de residencia



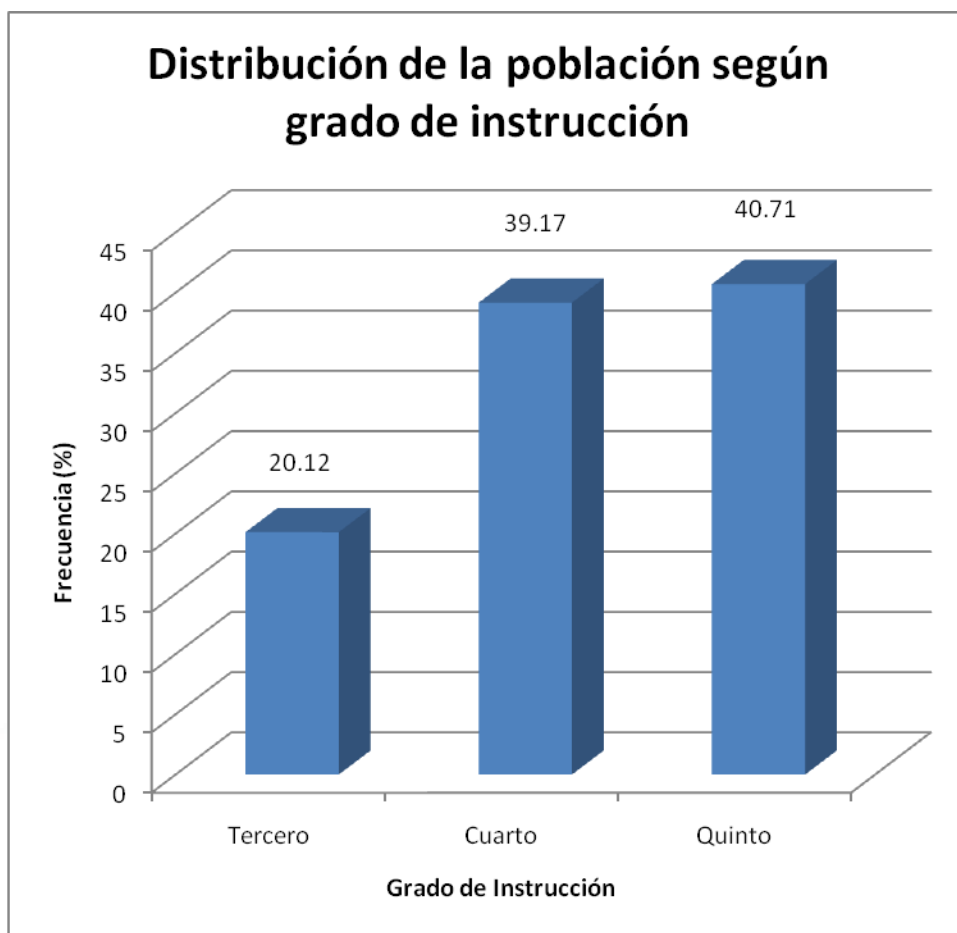
Cuadro N° 4. Distribución de la población según grado de instrucción

Año de estudios	Número	Porcentaje
Tercero	131	20,12
Cuarto	255	39,17
Quinto	265	40,71
Total	651	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

El menor porcentaje de escolares se halla en el tercer año; se debe a que se aplicaron los criterios de exclusión a los escolares de 13 y 14 años. El grupo más numeroso estuvo conformado por el 40,71% (265/651) que cursa el Quinto año seguido muy de cerca por el de Quinto año, casi en el mismo porcentaje. El cruce de esta información con la de distribución por edad permite deducir que la mayoría de escolares tienen 15, 16, y 17 años y cursan predominantemente el Cuarto y Quinto año, por lo tanto puede inferirse que el retraso escolar es muy reducido. Este dato cobra relevancia en la medida que como indicador del progreso de los escolares de la zona nos sugiere que se aplican en sus estudios.

Gráfico N° 4. Población estudiada según grado de instrucción.



Cuadro N° 5. Población estudiada según institución educativa

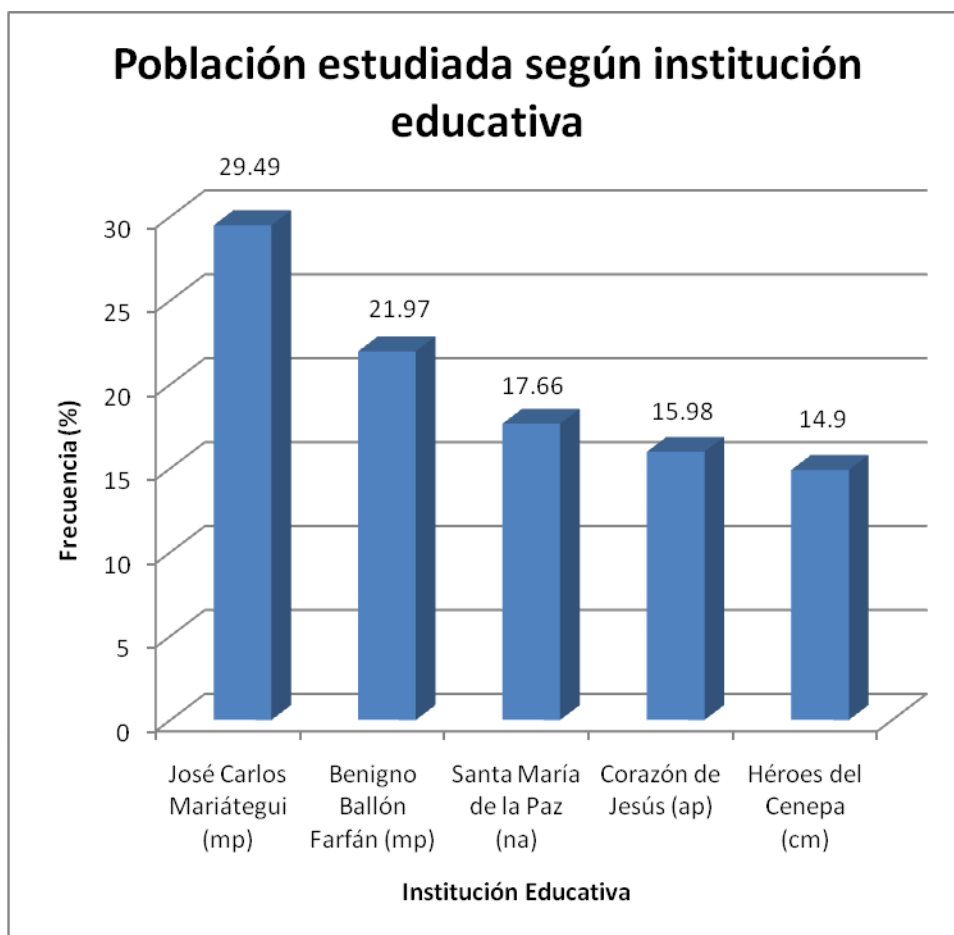
Procedencia	Número	Porcentaje
José Carlos Mariátegui (MP)	192	29,49
Benigno Ballón Farfán (MP)	143	21,97
Santa María de la Paz (NA)	115	17,66
Corazón de Jesús (AP)	104	15,98
Héroes del Cenepa (CM)	97	14,90
Total	651	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

MP: Manuel Prado
NA: Nueva Alborada
CM: Campo Marte

Por último, la muestra refleja fielmente la proporción de alumnos que se planteó como población objetivo en el diseño del estudio, estando el primer lugar ocupado por la IE José Carlos Mariátegui con un 29,49% (192/651) y que hace correlato con los argumentos vertidos anteriormente, en los gráficos precedentes. Le sigue en importancia la IE Benigno Ballón Farfán y luego el resto, en cantidades similares.

Gráfico N° 5. Población estudiada según institución educativa



1.2. PRIMER INDICADOR: CONOCIMIENTOS.

Cuadro N° 6. Distribución de la población por categorías según sub indicadores e ítems en el indicador conocimientos

Sub indicadores	Ítems	Categorías			
		Adecuado		Inadecuado	
		N°	%	N°	%
Definición	1	616	94,62	35	5,38
	Promedio	616	94,62	35	5,38
Mecanismos de transmisión	2	544	83,56	107	16,44
	3	249	38,25	402	61,75
	4	592	90,94	59	9,06
	5	363	55,76	288	44,24
	Promedio	437	67,13	214	32,87
Cuadro clínico	6	353	54,22	298	45,78
	Promedio	353	54,22	298	45,78
Diagnóstico por laboratorio	7	23	3,53	628	96,47
	Promedio	23,00	3,53	628	96,47
Prevención	8	266	40,86	385	59,14
	9	278	42,70	373	57,30
	10	258	39,63	393	60,37
	Promedio	267	41,07	384	58,93
Promedio total(*)		354	54,41	297	45,59

*Promedios ponderados según el número de ítems que aporte el subindicador.

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En el cuadro N° 6 se evalúa en primer lugar los Sub indicadores del Indicador Conocimientos asignándoles valores que se originan del promedio de los puntajes obtenidos de los ítems que conforman cada sub indicador. En segundo lugar, y en el mismo cuadro de triple entrada, evaluamos de la misma manera el Indicador haciendo un promedio de los valores de sus Sub indicadores. La intención es mostrar el desempeño de la población respecto a cada una de estas variables, tanto en Sub indicadores, como en el Indicador Conocimientos, contrastando el valor obtenido con el punto de quiebre establecido del 60%.

Sólo un 54,41% (354/651) de los adolescentes del estudio mostraron un adecuado nivel de conocimientos. Esta cifra revela que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA observado en la población escolar es evidentemente insuficiente.

El Sub Indicador en el cual se desempeña mejor la población estudiada es el referido al concepto de la enfermedad. El valor más bajo está referido a aspectos relacionados al Diagnóstico por Laboratorio. Confrontando las cifras obtenidas en todos los Sub indicadores del Indicador Conocimientos con el punto de corte mencionado del 60%, resulta que los Sub indicadores en los cuales se halla una performance que cae en “Adecuada” son Definición y Mecanismos de Transmisión. En los tres restantes la población estudiada exhibe un conocimiento “Inadecuado”. Posteriormente comentaremos la evaluación del indicador, que resulta del promedio de los Sub indicadores (Gráfico n° 6).

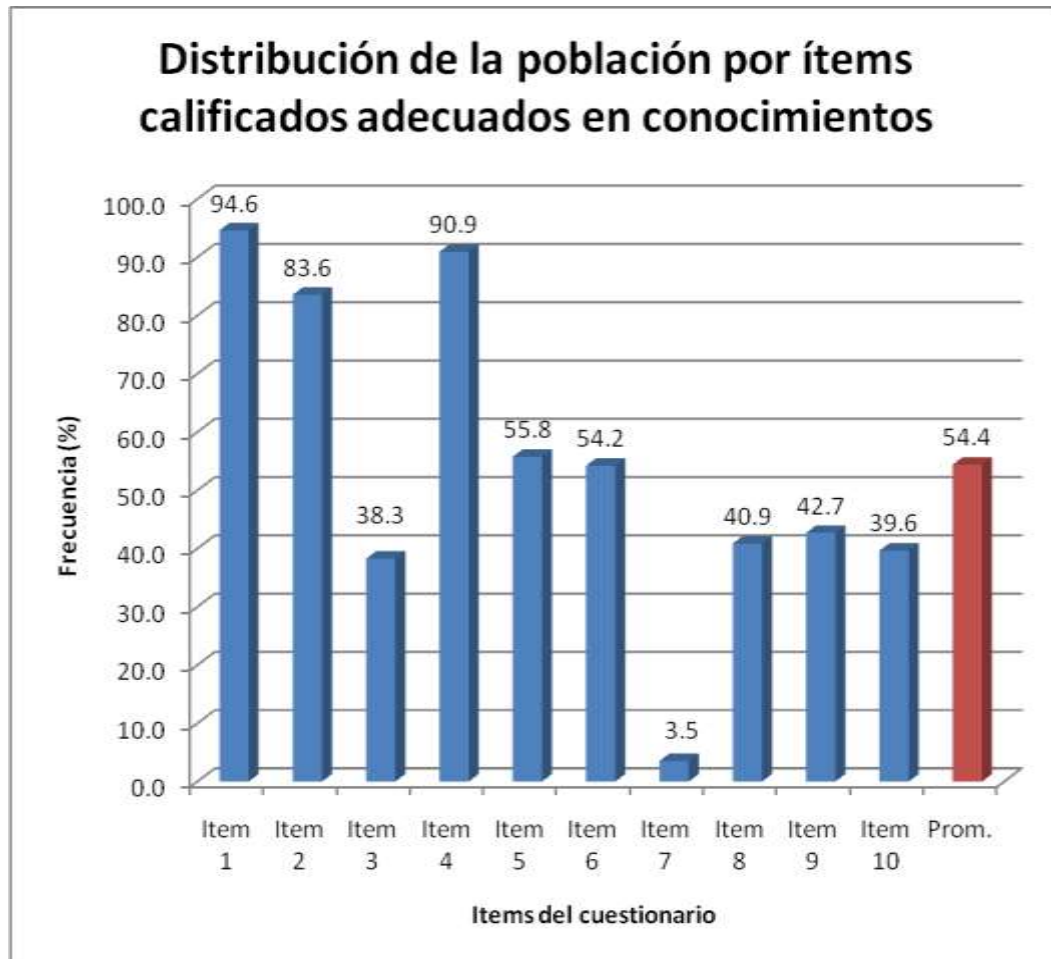
En el Gráfico N° 6 están todos los Ítems de la parte de Conocimientos y los porcentajes de la población que tuvieron aciertos en cada uno de ellos. Su utilidad radica en que nos mostrará qué ítems son relevantes.

En el gráfico se observa que los ítems 1, 2 y 4 destacan por los porcentajes alcanzados, se refieren específicamente al 94,62 % (616/651) de estos adolescentes quienes conocen que el SIDA es una enfermedad incurable que afecta las defensas del organismo. El 83,56% (544/651) sabe que las enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de infectarse con el virus del VIH/SIDA. En relación a conocimientos sobre mecanismos de transmisión del VIH/SIDA, el 90,94% (592/651) de los estudiados están familiarizados con estos conceptos básicos.

Al contrario de lo comentado en el párrafo anterior, en todos los demás ítems se obtuvieron resultados deficientes, teniendo el porcentaje más bajo el correspondiente a que “la prueba de sangre de ELISA para VIH/SIDA es confiable si se realiza a los seis meses después de un comportamiento de riesgo”, el cual es conocido por sólo un reducido 3,53% (23/651) del total de estudiantes.

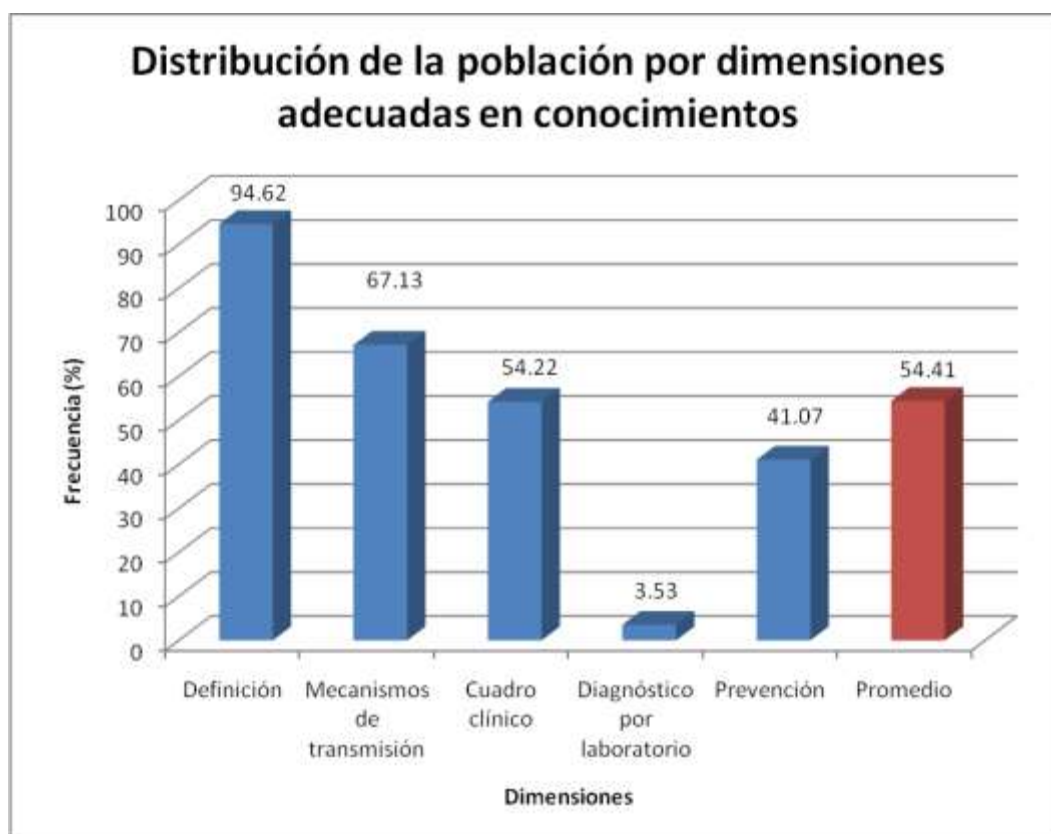
Si tomamos como punto de corte el percentil 60 para establecer una diferencia entre dos categorías posibles “Adecuado” e “Inadecuado”, vemos que casi todos los valores de los ítems se sitúan por debajo de este, excepto los reactivos 1, 2 y 4; que como dijimos, están referidos al concepto de la enfermedad, al rol facilitador de las enfermedades de transmisión sexual y a los mecanismos de transmisión, los cuales se hallan por encima del valor señalado, por lo que serían “Adecuados”.

Gráfico N° 6. Distribución de la población según aciertos en cada reactivo sobre conocimientos



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Gráfico N° 7. Distribución de la población según nivel de conocimientos



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

1.3. SEGUNDO INDICADOR: ACTITUDES.

Cuadro N° 7. Distribución de la población por categorías según sub indicadores e ítems en el indicador actitudes

Sub indicadores	Ítems	Categorías			
		Favorable		Desfavorable	
		N°	%	N°	%
Uso del condón	1	546	83,87	105	16,13
	2	529	81,26	122	18,74
	3	458	70,35	193	29,65
	4	158	24,27	493	75,73
	5	145	22,27	506	77,73
	6	552	84,79	99	15,21
	7	375	57,60	276	42,40
	Promedio	395	60,63	256	39,37
Percepción de riesgo	8	529	81,26	122	18,74
	Promedio	529	81,26	122	18,74
Discriminación al infectado	9	385	59,14	266	40,86
	10	228	35,02	423	64,98
	11	366	56,22	285	43,78
	12	341	52,38	310	47,62
	13	436	66,97	215	33,03
	Promedio	351	53,95	300	46,05
	Situaciones de riesgo	14	459	70,51	192
15		417	64,06	234	35,94
16		508	78,03	143	21,97
17		224	34,41	427	65,59
18		235	36,10	416	63,90
19		403	61,90	248	38,10
20		402	61,75	249	38,25
21		360	55,30	291	44,70
22		181	27,80	470	72,20
23		330	50,69	321	49,31
24		474	72,81	177	27,19
25		292	44,85	359	55,15
Promedio		357	54,85	294	45,15
Promedio total(*)		373	57,35	278	42,65

*Promedios ponderados según el número de ítems que aporte el subindicador.

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

De la apreciación global de los puntajes obtenidos por los integrantes del estudio se observa que mostraron actitudes favorables para el control de la epidemia un 57,35% (373/651) (Gráfico N° 8).

En el Cuadro N° 8 apreciamos el comportamiento de los ítems, tanto positivos como negativos, dentro de cada Sub indicador del Indicador “Actitudes”, y en el mismo cuadro, el de los Sub indicadores que en conjunto configuran dicho Indicador.

Aquí, del análisis de la información obtenida, se puede interpretar que el Sub indicador en el que hay mayor proporción de actitudes favorables es el referido a Percepción de Riesgo (81,26%, con 529/651), y en el que se encuentra el valor más bajo es sobre la Discriminación al Infectado (53,95%, con 351/651).

En resumen, de este cuadro podemos deducir que en cuanto a tipo de actitudes el Uso del Condón y la Percepción de Riesgo podrían ser considerados como Sub indicadores favorables tomando como parámetro el 60%, aunque el primero de ellos muy ajustadamente. Esta cifra refleja probablemente la adherencia al uso del condón así como marcan la posición asumida frente a la mitificación del mismo.

Inversamente los Sub indicadores Discriminación al Infectado y la identificación de Situaciones de Riesgo son desfavorables por las actitudes mostradas por estos adolescentes, frente al problema del VIH/SIDA. Los resultados cobran relevancia en el contexto del enfoque de riesgo y de la estigmatización de la enfermedad.

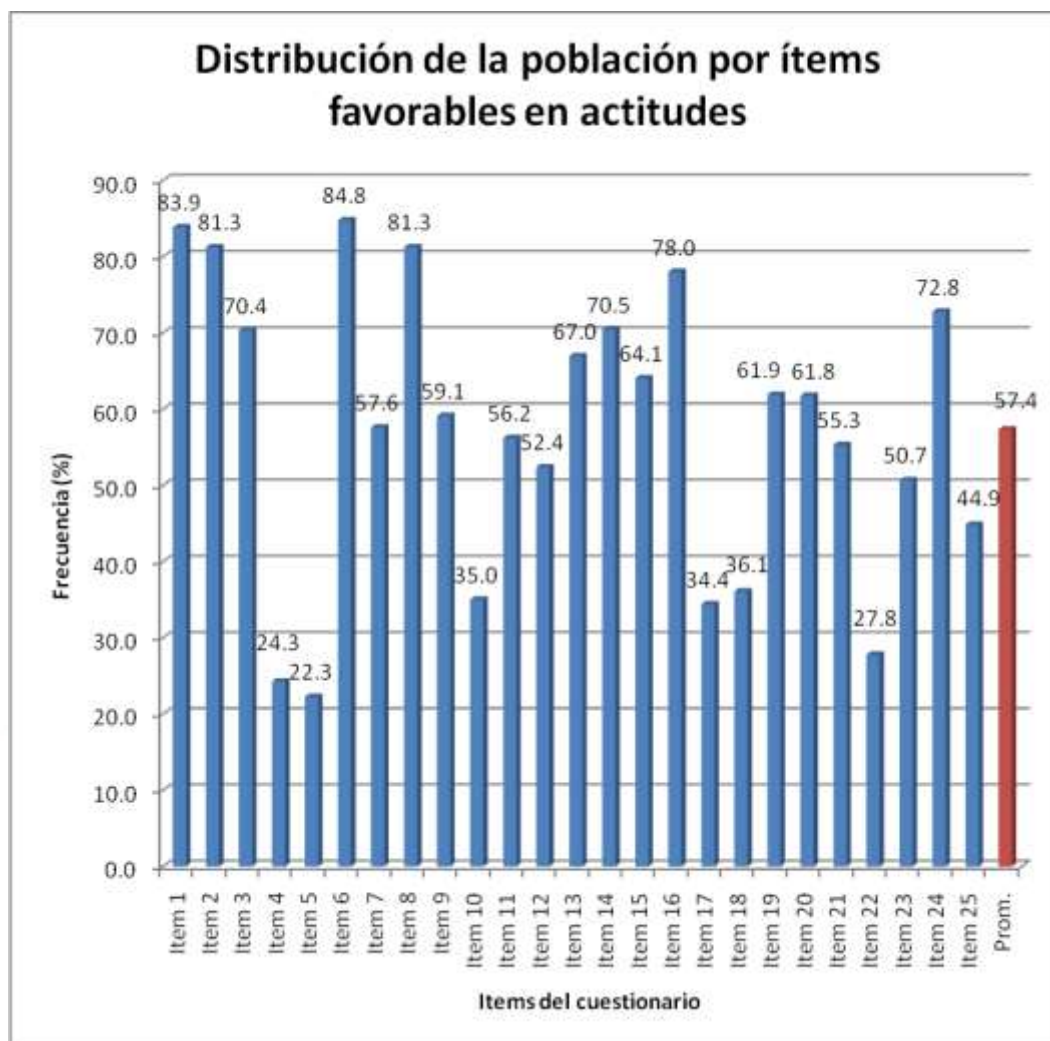
Al igual que en el indicador anterior revisaremos someramente los resultados obtenidos en cada ítem sobre Actitudes, separadamente para los ítems con reactivos positivos de los negativos, con el fin de facilitar la interpretación (Gráfico N° 8).

En el Gráfico N° 8, respecto a los ítems positivos el porcentaje más alto para las actitudes favorables es aportado por el ítem 1, en el que el 83,87% (546/651) tiene una predisposición a llevar preservativos por si decide tener relaciones sexuales. El valor más bajo está dado en el ítem 9 que representa a aquellos que creen que a los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela, en este caso son más de la mitad con un 59,14% (385/651). Excepto este último ítem, todos los demás reactivos están por encima de la valla del 60% por lo que pueden ser considerados como favorables.

En el Gráfico N° 8 respecto a los ítems negativos se aprecia en el reactivo 8 que los adolescentes tienen actitudes de rechazo a la premisa que el contraer el SIDA no debería preocuparle, según refiere el 81,26% (529/651), constituyéndose la cifra más alta. En contraposición, la idea que el coito o acto sexual no es tan agradable cuando se usa el preservativo es rechazada apenas por el 22,27% (145/651) de la muestra, siendo el menor valor de estos reactivos.

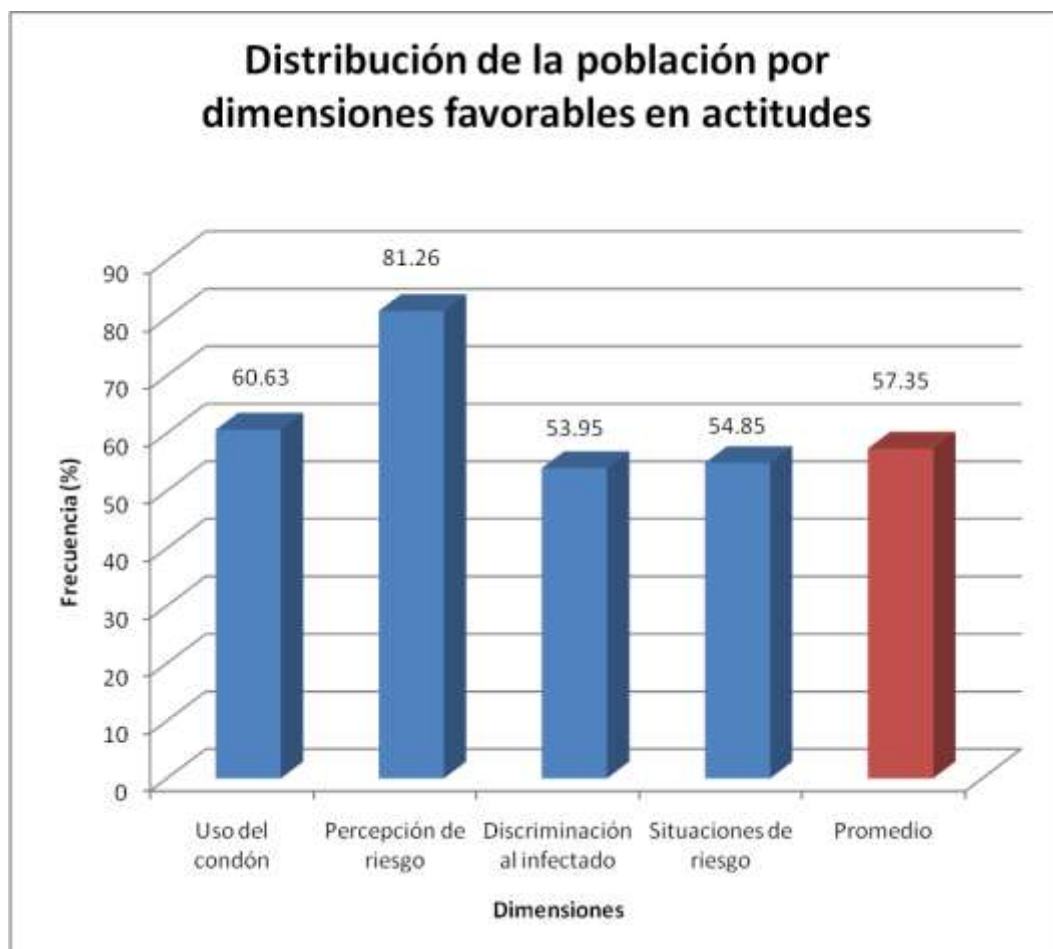
Sólo los ítems 4,10, 17, 18, y 22 son aquellos en los que los estudiados reaccionan expresivamente con baja proporción de actitudes favorables frente al reactivo, sobrepasando el referente del 60%, y están relacionados principalmente a la noción de riesgo frente al VIH/SIDA. Por lo tanto, son pocos los reactivos negativos en los que la población estudiada muestra actitudes favorables frente a la epidemia del VIH/SIDA.

Gráfico N° 8. Distribución de la población según aciertos en cada reactivo sobre actitudes favorables: ítems positivos y negativos.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Gráfico N° 9. Población estudiada según presencia de actitudes favorables



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

1.4. VARIABLE INVESTIGATIVA: COMPETENCIAS PERSONALES.

Cuadro N° 8. Distribución de la población por categorías según indicadores de la variable competencias personales

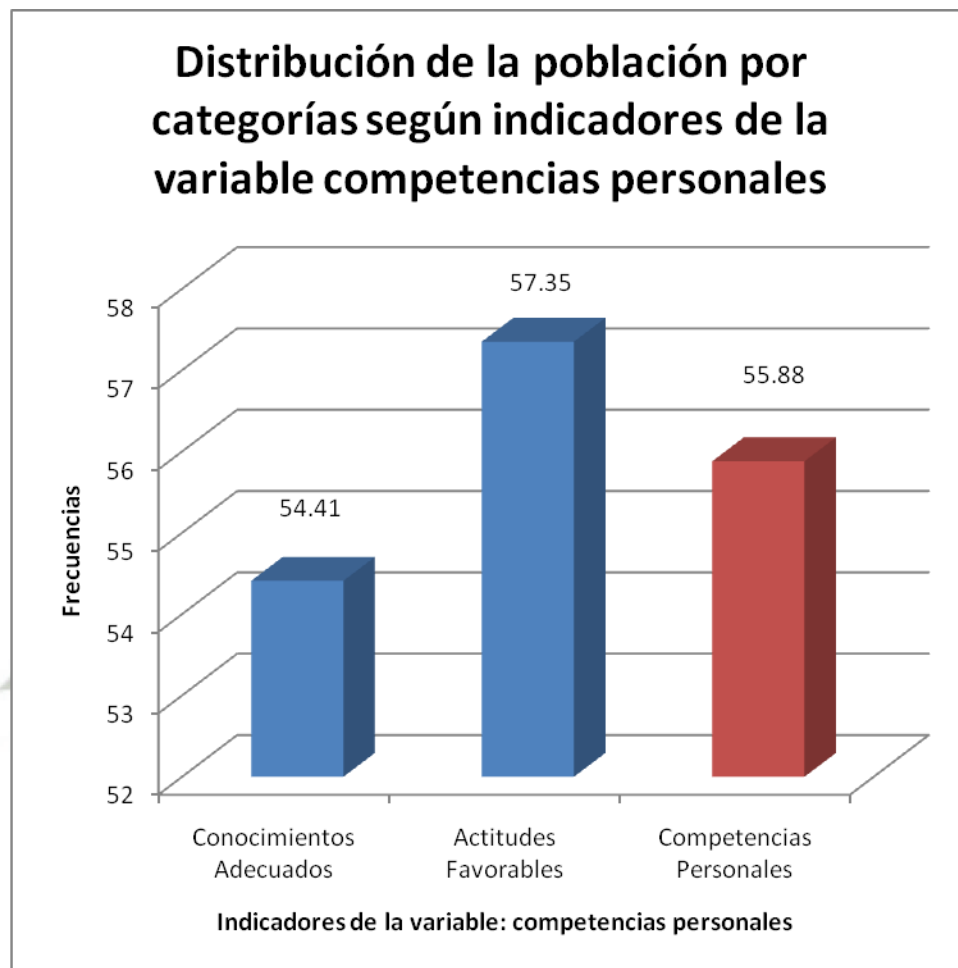
Indicador	Variable: competencias personales			
	Adecuado		Inadecuado	
	N°	%	N°	%
Conocimientos	354	54,41	297	45,59
Actitudes	373	57,35	278	42,65
Promedio total	364	55,88	287	44,12

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Al igual que en los indicadores del estudio, en el Cuadro N° 8 se exhiben los resultados parciales de cada Indicador, que devienen del producto de la conjugación de sus sub indicadores, y también se puede apreciar el promedio final de ambos Indicadores, que determinan el valor alcanzado por la Variable investigativa Competencias Personales, desde la perspectiva de lo “Adecuado”.

El cuadro revela que la población estudiada presenta un Indicador Conocimientos menor que el 60% (54,41%, con 354/651) por lo que puede ser considerado como “Inadecuado”, en forma similar que en el indicador Actitudes en el que tampoco se alcanza esta categoría (57,35%, con 373/651). Finalmente, en la Variable Investigativa Competencias Personales se llega apenas al 55,88% (364/651), por lo tanto, bajo la misma lógica de trabajar los datos, esta es “Inadecuada” respecto al VIH/SIDA en los adolescentes estudiados, para el período correspondiente a la investigación. Así podemos concluir que estos valores pueden ser considerados como bajos.

Grafico N° 10. Distribución de la población según presencia de competencias personales sobre VIH Sida



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

2. DISCUSIÓN



DISCUSIÓN

Nuestro trabajo buscó establecer el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes en relación a VIH/SIDA que tienen los escolares del estudio a efectos de caracterizar sus competencias personales frente a la epidemia, las cuales supusimos como una proposición conjetural se hallaban en un nivel bajo, supuesta sin certeza pero buscando comprobar su concordancia con hechos conocidos. Con tal fin realizamos un estudio descriptivo y transversal para el que hemos elaborado una encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria, compuesta por 35 ítems siendo la forma metodológica para analizar los resultados de naturaleza descriptiva en términos fenomenológicos.

Teniendo en cuenta que el nivel de escolaridad de la población objeto de estudio es secundario, de acuerdo con la clasificación realizada se encontró una baja proporción de conocimientos adecuados. Cabe preguntarse si en otras poblaciones con niveles de escolaridad similares en las que también se han utilizado clasificaciones del nivel de conocimientos, se han informado proporciones semejantes o superiores a las del presente estudio.

Los adolescentes conocen que el SIDA es una enfermedad incurable que afecta las defensas del organismo. También saben que las enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de infectarse con el virus del VIH/SIDA. Este resultado es alentador porque tener una de estas enfermedades incrementa el riesgo de ser infectado con el VIH, se incrementa el riesgo de transmisión del virus en un factor de hasta 20 (Sánchez, 1994; Harrison, 1996)

Sobre transmisión vertical de madre a hijo a través del embarazo, parto y/o lactancia un tercio de estos adolescentes conoce que existen estas vías de transmisión el cual puede ser considerado como una cantidad muy baja. Vera (2004) encontró un 87% que dijo se podía transmitir de una mujer embarazada a su hijo. Esto puede explicarse en parte por un grado de escolaridad mayor en su estudio.

En relación a conocimientos sobre mecanismos de transmisión del VIH/SIDA, los estudiados están familiarizados con estos conceptos básicos, pero sólo la mitad de ellos tiene información que el virus del SIDA se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales. Vera (2004) encontró en su investigación que el 87,3% sabe que después de la sangre, el semen y las secreciones vaginales son los fluidos que contienen mayor cantidad del virus. Nuestro porcentaje, que podría ser considerado como regular, revela en forma alarmante que casi la mitad de la población se halla más expuesta a situaciones de riesgo por transmisión sexual, ya que si supiese de la sobrecarga viral en estos fluidos pondría más atención en las formas de prevención para este tipo de contagio que, dicho sea de paso, es el más frecuente en el país, con más del 95% de todas las infecciones (Ministerio de Salud OGE- Perú, 2002).

Lo mismo sucede con el reconocimiento de síntomas comunes en un cuadro de SIDA. Consideramos que es limitado como el anterior. Este porcentaje probablemente está reflejando el impacto del contenido de la información provista por los medios de comunicación masiva que

generalmente ofrece un estereotipo del infectado en su fase terminal y no refuerza los contenidos educativos acerca del período asintomático.

Era previsible el desconocimiento que la prueba de sangre de ELISA para VIH/SIDA es confiable si se realiza a los seis meses después de un comportamiento de riesgo. Indirectamente refleja que la mayoría no reconoce el progreso lento y silencioso de la infección (Harrison, 1996).

Es sorprendente que tan sólo menos de la mitad de nuestros escolares conozcan que cuando se tiene muchas parejas sexuales es fácil contagiarse del VIH/SIDA, ya que en el imaginario popular está enraizado el concepto que la promiscuidad sexual va ligada a mayor riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA. A despecho de esto podría argumentarse que muchos de ellos suponen que puede recurrirse al uso del condón para protegerse de las infecciones, sin embargo, las circunstancias en que las y los adolescentes tienen sexo penetrativo se caracterizan porque generalmente no hay disponibilidad del condón y por la baja adherencia a este por la población.

Sólo menos de la mitad de los estudiados sabe que el condón es una forma segura de protegerse contra el SIDA. Actualmente la Estrategia Mundial de Lucha Contra el SIDA recomienda esta medida de protección como efectiva para reducir el riesgo de transmisión sexual. Se supone que este mensaje no llega con claridad en los contenidos educativos. Algo similar sucede con la percepción de comportamientos o situaciones de riesgo para contraer la infección por VIH/SIDA.

Como resultado de la evaluación de todos los reactivos sobre conocimientos en conjunto, encontramos que los porcentajes de la población que acertaron las respuestas arrojaron valores bajos excepto los reactivos que se refieren al concepto de la enfermedad, al rol facilitador de las enfermedades de transmisión sexual y a los mecanismos de transmisión, que están por encima del percentil 80. Según estas evidencias podemos afirmar categóricamente que la información recibida por nuestros escolares es fragmentada y confusa, lo que debe ser tomado en cuenta por los actores sociales que tienen que ver con el cuidado de la salud de nuestra juventud.

En lo que respecta al análisis de nuestro indicador actitudinal, en relación al uso del condón, la mayoría estaría dispuesta a llevar preservativos por si decide tener relaciones sexuales, son menos los que pueden comprar preservativos y un poco más de la mitad no piensa que sea difícil encontrar lugares donde comprar preservativos. Estas dos últimas aseveraciones nos alertan sobre las dificultades que pueden tener los adolescentes en su itinerario para el acceso al condón.

Para la mayoría tener que detener temporalmente el coito para colocar el preservativo interrumpe el placer sexual; probablemente esta población no tiene noción o no ha experimentado que la colocación del preservativo puede ser parte del preludio antes de la penetración. Mejor aún puede estar reflejando las circunstancias difíciles en las que la mayoría de los jóvenes tienen relaciones sexuales.

Sólo la quinta parte de los adolescentes rechazó la opinión que el coito o acto sexual no es tan agradable cuando se usa el preservativo que resultaría un bajo porcentaje, debe mencionarse que la mayoría mostró neutralidad u opinó lo contrario. Especulamos que tal vez refleja que muchos de ellos aún no lo usaron o no han tenido relaciones sexuales penetrativas. También es una evidencia de la mitificación en el uso del condón que existe en nuestra población. Al parecer el impacto de los mensajes educativos hace que nuestros escolares opinen que es muy importante usar el preservativo cada vez que ellos mantengan relaciones sexuales. De igual manera Cáceres C (1998) encontró un 73,4% y un 65,6%, para varones y mujeres respectivamente en su estudio, que no parecen diferir mucho del nuestro. Tal vez las semejanzas puedan explicarse por la similitud en el perfil del escolar. Se evidencia una posición asertiva acerca de la utilidad del uso consistente del condón. Igualmente, porcentajes un poco mayores aún se encuentran en ambos estudios sobre la posibilidad de convencer a la pareja sexual que se haga uso del preservativo, por lo que hacemos extensivos nuestros argumentos vertidos. En general, la distribución observada de la apertura al uso de condones sugiere que los adolescentes reportando una actitud más positiva hacia este. Aunque esto parezca estimulante, probablemente sólo refleja un discurso superficial sobre la necesidad del empleo de condones, ampliamente escuchado entre los varones. Las mujeres puede que se sientan menos presionadas para aparecer como interesadas en el condón, y también pueden estarlo viendo como una preocupación propia

de los varones. La superficialidad de la adherencia al condón probablemente es bien ilustrada por el hallazgo de que la colocación del condón interrumpe el placer sexual y que el sexo no es tan agradable cuando se hace uso de este. La mayor parte de adolescentes puede aún inconscientemente ver la aceptación de los condones sólo relevante para el caso de sexo casual. Por ello, los programas educativos deberían partir de un mejor entendimiento de estos factores psicosociales y considerar la diversidad de significados posiblemente asociados al uso del condón (Cáceres, 1999) ya que se ha demostrado que el uso correcto y consistente del condón protege en un 90 a 95% de la transmisión de la infección por el VIH, al reducir en 10000 veces la transferencia del fluido; por lo que es una de las estrategias recomendadas para la prevención del SIDA por la OMS. El preservativo debe usarse cada vez que uno tiene un contacto sexual genital, anal u oral si se sospecha cualquier infección. (Sánchez J et al, 1994).

Más de las dos terceras partes son los que no creen que únicamente los homosexuales deban preocuparse por el SIDA. El contraer el SIDA no debería preocuparle según refiere 4 de cada 5 adolescentes. En estos tiempos del SIDA pensar de esa manera puede ser mortal. Creemos que este es el resultado de la falta de información adecuada.

Los resultados muestran que hay un alto nivel de conocimientos básicos sobre prevención pero resaltan la falta de conciencia acerca de los riesgos del SIDA en cuanto a los riesgos personales asociadas con la

actitud hacia prácticas sexuales específicas. El SIDA ya no es visto como una enfermedad de los homosexuales, pero al mismo tiempo no se le percibe como un riesgo personal (Cáceres, 1998).

Las actitudes de discriminación al infectado se reflejan fielmente en los resultados. Poco más de la mitad cree que a los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela, no se negaría a sentarse junto a una persona con SIDA, no aislaría a las personas con SIDA por seguridad para otras personas y a las personas con SIDA les permitirían subirse al autobús. Sin embargo sólo la tercera parte no se sentiría mal usando el mismo sanitario y asiento que hayan sido utilizados por personas con SIDA. Podemos suponer que tal vez esta última situación significa una aproximación más estrecha y toca una esfera un tanto más personal. En otros casos puede traducir un prejuicio infundado y a la vez el desconocimiento de los mecanismos de transmisión.

Un buen porcentaje niega que “Todas las personas que tienen el SIDA son homosexuales” así como creen que cualquier persona que se inyecte drogas debe hacerse la prueba del SIDA. Estos resultados pueden estar ligados al alto porcentaje de aciertos que obtuvieron los investigados sobre los mecanismos de transmisión de la parte de conocimientos.

Alrededor de dos tercios de la población sujeta de estudio no rechaza la premisa que es hermoso tener relaciones sexuales antes del matrimonio a cualquier edad si hay amor y respeto, lo mismo sucede con los que no descartan que las personas puedan tener relaciones sexuales

antes del matrimonio si piensan casarse. Este resultado revela que hay por una parte una visión idealizada de pareja y matrimonio, y por otra una inclinación al inicio temprano de relaciones sexuales. Según el estudio de las conductas de riesgo en jóvenes elaborado por Kolbe en 1990, se habla de inicio temprano cuando un sujeto mantiene su primera relación sexual antes de culminar su adolescencia y por ende antes de culminar su maduración. En términos prácticos se considera inicio temprano el tener relaciones sexuales antes de los 18 años, edad en la que están más expuestos a la infección por razones de comportamiento, factores sociales y características biológicas (Sánchez, 1994).

Sólo 1 de cada 2 rechaza la idea que no hay mucho riesgo para contraer el SIDA aunque su pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes si es fiel en la relación actual. Casi 3 de cada 4 están de acuerdo, y algunos indecisos, con que no hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con su pareja sexual sean fieles, aunque la relación sea corta. Alrededor de 3 de cada 4 de estos adolescentes puede preguntarle a su pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales y que 2 de cada 3 pueda aceptar que su pareja sexual haya tenido varias parejas sexuales antes sugiere que el resto no sabe que hacer o por el contrario lo acepta. Todas estas cifras son considerables y representan un segmento importante de la población. Cuando se trata de enfoque de riesgo frente al VIH/SIDA y ETS no sólo se mide el riesgo personal sino que se suma el que la o las pareja(s) sexual (es) aportan, y no sólo el presente sino también su pasado sexual. El tener más de una pareja sexual o trabajador

sexual va haciendo crecer el riesgo. A mayor número de parejas sexuales existe mayor probabilidad de adquirir el virus (Sánchez, 1994).

De cada 10 estudiantes 6 piensa que no se puede averiguar si una persona está infectada con el virus del SIDA sólo con mirarla. Este resultado coincide mucho con los resultados sobre conocimientos y apunta a que casi la mitad de esta población escolar se lleva mucho de la apariencia del infectado en la fase terminal y desestimando que puede interactuar con un infectado sin reconocerlo, lo que le atribuye un factor de riesgo adicional que lo hace altamente vulnerable.

Es normal que un hombre busque tener relaciones sexuales con prostitutas es rechazado por a mitad de los escolares, lo que significa que la otra mitad lo acepta o está indecisa. Predomina una posición relativamente “liberal” acerca de los roles de género y la libre opción del varón. El contacto con trabajador(a) sexual siempre es una posible fuente de infecciones (MINSA-Perú- 2000). Estas respuestas representan, en caso de ser afirmativas, la confirmación del gregarismo percibido de una actitud propia. En caso de ser negativas, sin embargo, sugieren la percepción de una posición más conservadora o la de una actitud más liberal por parte del grupo de referencia “los otros”. Puede aventurarse a suponer, sin embargo, que usualmente se da lo primero (i.e. la asunción de que el grupo toma una actitud más conservadora, cuando se piensa que la propia es una postura “de avanzada”) según Cáceres (2000). Este comentario puede ser común y legítimo en muchos de nuestros reactivos sobre actitudes. Por ejemplo en el siguiente.

Sólo menos de la mitad muestran actitudes de no aceptación sobre que una persona de su edad puede tomar bebidas alcohólicas si es que sabe comportarse.

Según Vera et al (2004) en su investigación en estudiantes halló que el 35,9% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. El consumir sustancias sicotrópicas es un factor de riesgo debido a que disminuyen la percepción de riesgo del individuo y lo exponen a situaciones de alta vulnerabilidad según su entorno social y sus estilos de vida. El consumo de alcohol predice una iniciación más temprana de las relaciones sexuales (Sánchez, 1994). Sin embargo, probablemente sea también un buen marcador de la adscripción a los mandatos de la masculinidad tradicional y sus presiones sociales hacia el iniciarse temprano, más que un marcador de actividad sexual que ocurra como resultado de la alteración de la conciencia producida por la intoxicación alcohólica (Cáceres, 1999).

El SIDA toca tres tabús fundamentales en nuestra cultura: el tabú de la enfermedad, el tabú de la muerte y el tabú de la sexualidad. Esto está impidiendo el desarrollo de intervenciones preventivas realmente eficaces que frenen el avance de esta epidemia. Hoy por hoy, está más que demostrado que sólo con intervenciones informativas no se consigue modificar las actitudes ni los comportamientos de riesgo. Existen factores que están impidiendo y bloqueando en las personas la asunción de las sugerencias del Sexo Seguro, fundamentalmente derivadas del tratamiento inadecuado de la información y de la aparición de actitudes

irracionales al respecto. Para comprenderlo se exponen las cuatro etapas de la "construcción social" del SIDA y sus repercusiones en las actitudes sexuales de las personas: (López, 2000).

La Tabuización de la enfermedad, la Construcción y Manipulación de la enfermedad, la Rentabilización de la enfermedad y la Generalización de la enfermedad.

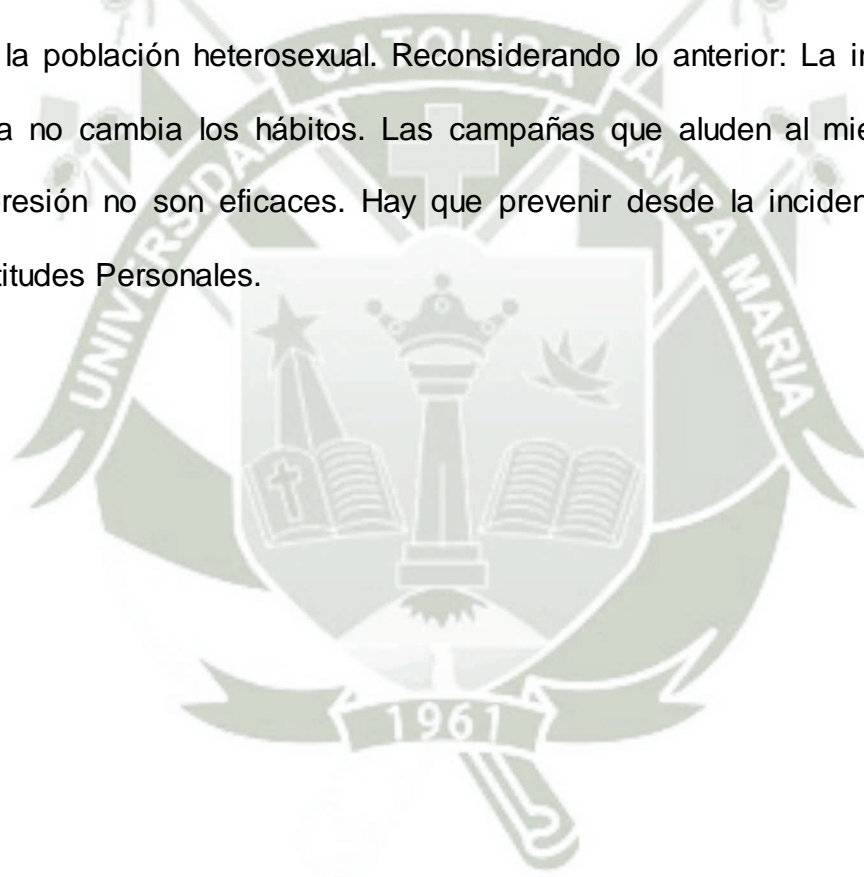
Con una llamada importante hacia la necesidad de intervenciones que incidan realmente en las actitudes de las personas como la manera eficaz de parar esta epidemia.

Las campañas de información a través de los medios de comunicación de masas, aparte de ser insuficientes, chocan con otro importante obstáculo que no hay que olvidar ya que fueron estos mismos medios los responsables, en gran medida, de su existencia: muchas personas mantienen actitudes irracionales con respecto del fenómeno SIDA. Actitudes de recelo e indiferencia del tipo "El SIDA no va conmigo" que tienen mucho que ver con la manipulación que se hizo en un principio (y todavía se pretende, aunque en menor medida) de relacionar el SIDA con determinados colectivos sociales a los que se denominaba "Grupos de Riesgo". Actitudes no solidarias y discriminatorias generadas de estas primeras de indiferencia, recelo, aislamiento y desprecio. Como si el SIDA no fuera una cuestión que nos afectara a todos sino a grupos marginales y marginados de la población. Actitudes de miedo y pánico desproporcionadas, respuesta directa y lógica a campañas basadas en el miedo y la advertencia de los peligros que conlleva esta enfermedad

mortal. Por lo general, existe todavía una idea errónea entre la "Población General" acerca del SIDA en el sentido de que sólo afecta a determinados colectivos (adictos/as a drogas por vía parenteral, prostitutas/os, hombres con prácticas homosexuales, presos), por lo cual, "si no me relaciono con personas pertenecientes a estas poblaciones, no tengo ningún riesgo de ser infectado por el virus del SIDA". Este error prejuiciado, fruto directo del tratamiento interesado e inadecuado que se le ha dado a la información en estos últimos años, es la causa principal por la que otro gran grupo de personas se están viendo afectadas en progresión geométrica con respecto a la transmisión del VIH-SIDA: hombres y mujeres jóvenes, de hasta treinta años, y con prácticas heterosexuales. Y la vía de transmisión es la vía sexual, las prácticas sexuales que se conocen como inseguras o que conllevan un riesgo o posibilidad de transmisión del VIH en caso de ser realizadas. Podemos plantear que se está reaccionando institucionalmente con muchos años de retraso sobre la fecha deseable para evitar la extensión de la epidemia a las poblaciones donde está incidiendo de una manera más clara. Entiendo que deberíamos de actuar ya, y no esperar a que nos alcancen los próximos años y recontar y recoger entonces las víctimas de entre la población joven heterosexual sobre la cual hacía ya casi diez años en el pasado se había advertido que se estaba convirtiendo en el próximo "grupo de riesgo" social afectado directamente por la epidemia. Debe asegurarse que se consiga una incidencia adecuada tanto en las actitudes como en los comportamientos

susceptibles de riesgo de transmisión del VIH-SIDA en el marco de las relaciones sexuales.

Mientras no se hable claro y no se dé una información sexual completa; mientras no se establezcan programas preventivos donde realmente se incida en las actitudes y en el nivel emocional-motivacional de la gente joven, éste se convertirá en el siguiente colectivo ampliamente afectado, puesto que los adolescentes y los jóvenes forman, hoy por hoy, el grupo de población más desprotegido dentro del colectivo más amplio de la población heterosexual. Reconsiderando lo anterior: La información sola no cambia los hábitos. Las campañas que aluden al miedo o a la represión no son eficaces. Hay que prevenir desde la incidencia en las Actitudes Personales.



3. CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1. Sólo un reducido 54,41% de los escolares de 15 a 19 años en centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata -Ministerio de Salud- mostraron un nivel de conocimientos adecuados sobre el VIH/SIDA en el año del estudio.
2. El 57,35% de ellos presentaron actitudes favorables en relación al VIH/SIDA lo que puede ser considerado como regular.
3. Los adolescentes que presentan competencias personales respecto al VIH/SIDA se limita a sólo a un 55,88% de ellos. Se comprueba que los indicadores son negativos en la microrred.
4. Se acepta la hipótesis que el nivel de conocimientos es inadecuado y las actitudes favorables poco extendidas en este grupo poblacional.

4.

PROPUESTAS Y SUGERENCIAS



PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

1. Profundizar el análisis de la forma como nuestros adolescentes han tenido acceso a información sobre el VIH/SIDA.
2. Investigar variables tipo social, conductual y cognitivo que expliquen conductas sexuales de riesgo para VIH / SIDA en estos jóvenes.
3. Estudiar las medidas de protección que adoptan nuestros escolares ante situaciones de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA.



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Cáceres C. La Reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) Sexual(es) y Salud Sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta del Milenio. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Herrera y REDESS Jóvenes; 1998.
2. Cáceres C. Salud Sexual en una Ciudad Joven: "Un Programa Comunitario en Salud Sexual con y para los Jóvenes". Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Herrera y REDESS Jóvenes; 1998.
3. Conn HF et al, Coordinadores. Conn's Current Therapy: latest approved methods of treatment for practicing physician. Pennsylvania USA: W.B. Saunders Company; 1999.
4. Dawson B, Trapp R. Bioestadística Médica. Editorial El Manual Moderno 3ra. Ed. México DF - Santa Fé de Bogotá: 2002.
5. Farreras y Rozman. Medicina Interna. Editorial Mosbi / Doyma Libros 13ra Ed. Madrid España: 1995.
6. Harrison H. Principios de Medicina Interna. Editorial Mc Grae. Hill 14ta Ed. España;; 1996.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington: Serie Paltex; 1992.
8. Tamayo, J. "Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud. 1ra. Ed. Lima: Al cuidado del autor; 2002. 1: 23 – 35.
9. Tamayo, J. Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud . 2da. Ed. Lima: Mundo Científico en Salud EIRL; 2003.

10. Tamayo y Tamayo M. "El proceso de la investigación científica". 3ra Ed. México DF Limusa; 1994.
11. Sanchez J, Mazzotti G, Cuellar I. Campos P, Gotuzzo E. SIDA: Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/SIDA. Lima: Publicaciones SR; 1994.
12. Rosado L. "Investigación en Salud Materna". Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2004.

HEMEROGRAFÍA

1. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1): 108-S114.
2. CDC - NCHTSTP - Division of HIV / AIDS Prevention-Julio 1998. Ciencia Ligada a Programas de Prevención-Necesidad de estrategias integradas. 1988.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES IV. Arequipa: Informe Departamental de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima, Perú. 2001 Setiembre: 169-170.
4. López V. Talleres de sexo seguro: se acabó el miedo al SIDA. Sociedad de Sexología. AL-GARAIA. España 2000.
5. Ministerio de Salud "Análisis de la situación de salud del Perú 2001 / Perú". Oficina General de Epidemiología-Lima: Perú, 2002 (OPS/PER/02.02).
6. Ministerio de Salud. Estado de Situación El SIDA en el Perú al año 2000. Lima. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS); ONUSIDA 2 001.

7. Ministerio de Salud, Perú. Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Boletín Informativo MINSA PERÚ. Mayo 2005.
8. Ministerio de Salud, Perú. Boletín Informativo PROCETSS. Lima . 1997; (3):2.
9. Ministerio de Salud. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Manual de Procedimientos para la Atención Médica Periódica 2 000". Lima. 2000.
10. Ministerio de Salud. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Guía Nacional de Atención Integral del Paciente Con Infección VIH / SIDA. Lima. 1999.
11. Mosquera J, Mateus J et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Rev. Colombia Médica. 2003; Vol 34(4).
12. ONUSIDA. Campaña Mundial de Lucha Contra el SIDA 2 001. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) Publicaciones.Hoja Informativa. 2001; Diciembre: 1
13. ONUSIDA. Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Publicaciones. 2001 Agosto: 16.
14. ONUSIDA. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial. Reporte ONUSIDA. 2002 Junio: 11 – 23.

15. ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Anatomía de la epidemia. El SIDA no da tregua. Publicaciones. 2002: 1.
16. OPS / OMS Programa Regional de SIDA / ETS. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en las Américas. Informe Trimestral, 10 de Septiembre de 1996.
17. OPS. El avance del SIDA en América Latina y el Caribe. Acción en SIDA. 1997; 29: 10-12.
18. Villaseñor A. Caballero, R. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Pública Mex. 2003; 45 supl 1: S73-S80.
19. Vera L, Nahyr López, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Rev. Colombia Médica 2004; Vol 35(2): 62-68.

INTERNET

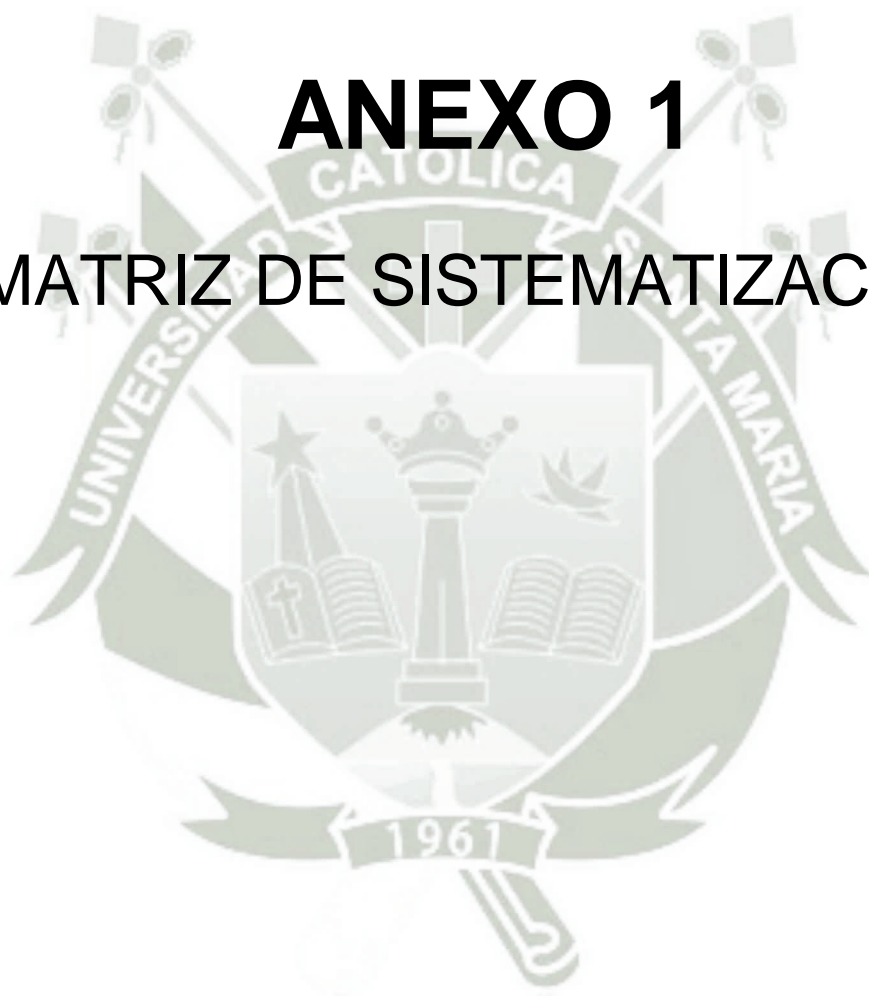
1. UNFPA. Org. El estado de la población mundial 2003: el VIH/SIDA y los adolescentes [Fecha de acceso noviembre 15 de 2006. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>.

ANEXOS



ANEXO 1

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN
INFORMACIÓN GEPARTE I

PARTE II

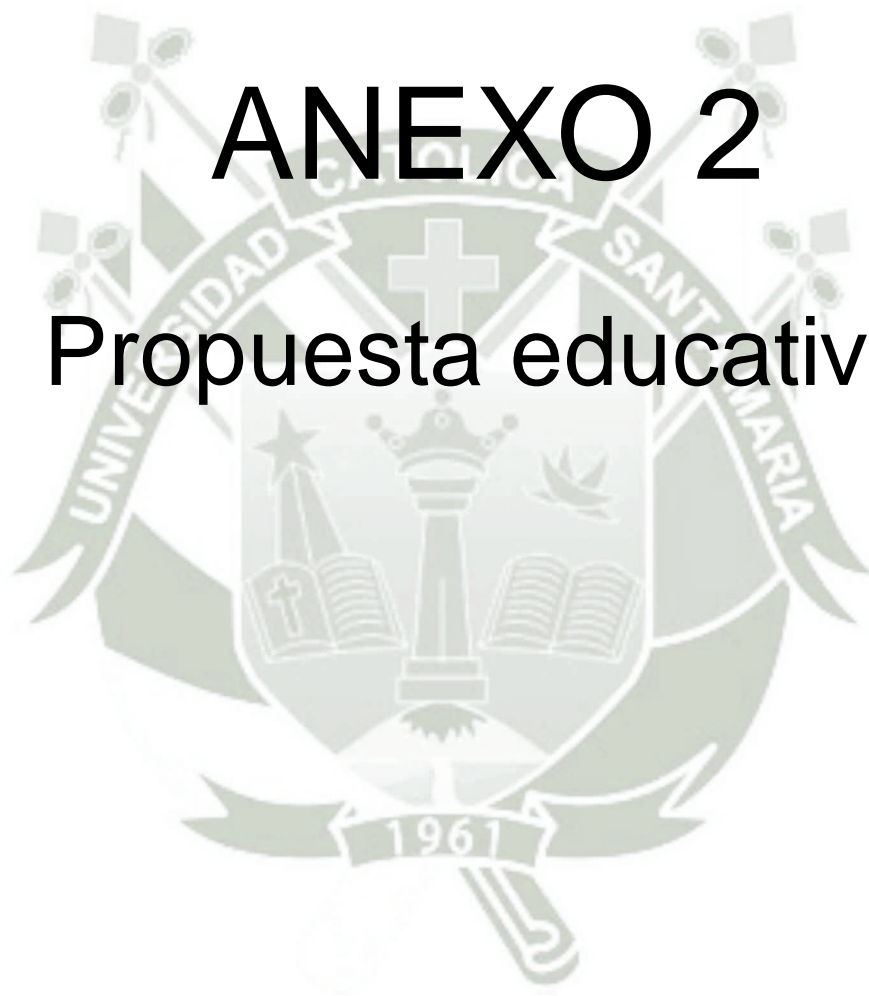
Edad	Sexo	Distr	Grac	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25																
1 JCM	15	1 Paur	3	2	2	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1						
2 JCM	19	1 Paur	3	2	2	0	0	0	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1					
3 JCM	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1					
4 JCM	15	2 Paur	3	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
5 JCM	15	2 JLB\	4	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0				
6 JCM	16	1 Paur	4	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1				
7 JCM	15	1 Mno	4	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0			
8 JCM	16	2 Paur	4	2	2	0	2	0	2	2	0	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
9 JCM	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1			
10 JCM	15	1 Paur	4	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0			
11 JCM	15	1 Paur	4	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
12 JCM	15	1 Paur	4	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
13 JCM	15	1 Paur	4	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
14 JCM	15	1 Paur	4	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
15 JCM	16	2 Paur	4	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
16 JCM	15	2 JLB\	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
17 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
18 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
19 JCM	16	1 Paur	4	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
20 JCM	16	2 Paur	4	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
21 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	2	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
22 JCM	15	1 JLB\	4	2	2	2	2	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
23 JCM	16	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
24 JCM	15	1 Paur	4	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
25 JCM	15	2 Paur	4	2	2	2	2	2	2	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
26 JCM	16	1 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
27 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
28 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
29 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
30 JCM	15	2 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
31 JCM	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	2	0	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
32 JCM	15	2 Mira	4	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
33 JCM	15	1 Paur	4	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
34 JCM	15	1 Paur	3	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
35 JCM	16	2 Paur	3	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
36 JCM	15	2 Paur	3	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
37 JCM	15	2 Paur	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
38 JCM	15	1 Paur	3	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
39 JCM	15	1 Paur	3	2	2	2	2	2	0	0	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
40 JCM	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
41 JCM	15	1 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
42 JCM	15	2 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
43 JCM	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
44 JCM	17	1 Paur	5	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
45 JCM	16	2 Paur	5	2	0	2	2	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0																										


201 CJ	17	1 Paur	3	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0						
202 CJ	15	1 Paur	3	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0				
203 CJ	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1				
204 CJ	15	1 Paur	3	2	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1				
205 CJ	16	2 Paur	3	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1				
206 CJ	15	2 Paur	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
207 CJ	15	1 Paur	3	2	0	0	2	2	2	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0			
208 CJ	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0			
209 CJ	15	1 Paur	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1				
210 CJ	15	1 Paur	3	2	2	2	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
211 CJ	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0				
212 CJ	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1				
213 CJ	15	1 Paur	3	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1			
214 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1			
215 CJ	16	1 Paur	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1			
216 CJ	17	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0			
217 CJ	17	1 Paur	4	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0			
218 CJ	16	1 Paur	4	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0			
219 CJ	17	1 Paur	4	2	2	2	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0			
220 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1		
221 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
222 CJ	16	2 Paur	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
223 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0		
224 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0		
225 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
226 CJ	16	2 Paur	4	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	
227 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
228 CJ	15	1 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0		
229 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0		
230 CJ	16	1 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	
231 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	0	2	0	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
232 CJ	16	1 Paur	4	2	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
233 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
234 CJ	16	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0
235 CJ	17	1 Paur	4	2	0	0	2	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
236 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
237 CJ	16	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
238 CJ	16	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
239 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
240 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
241 CJ	15	2 Yan	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
242 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
243 CJ	15	1 Paur	4	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
244 CJ	15	2 Paur	4	2	2	0	2	2																																							

351 NA	15	2 Paur	3	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1		
352 NA	15	2 Paur	3	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0		
353 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1		
354 NA	15	2 Paur	3	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
355 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1		
356 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1		
357 NA	17	2 Paur	3	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
358 NA	18	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0		
359 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0		
360 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	
361 NA	16	2 Paur	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
362 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
363 NA	15	2 Paur	3	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
364 NA	16	2 Paur	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	
365 NA	15	2 Paur	3	2	2	2	2	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
366 NA	15	2 Paur	3	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	
367 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
368 NA	15	2 Paur	3	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
369 NA	16	1 Paur	5	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
370 NA	16	1 Paur	5	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
371 NA	17	1 Paur	5	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
372 NA	19	1 Paur	5	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
373 NA	18	1 Huni	5	2	2	2	2	2	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
374 NA	16	1 Paur	5	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
375 NA	16	1 Paur	5	2	2	2	2	2	0	2	2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	
376 HC	17	1 Paur	3	2	2	2	2	2	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	
377 HC	16	2 Paur	3	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
378 HC	15	2 Paur	3	2	2	2	2	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1
379 HC	16	2 Paur	3	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	
380 HC	16	2 Paur	3	2	2	0	2	2	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
381 HC	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1
382 HC	15	2 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
383 HC	16	1 Paur	4	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1
384 HC	16	1 Paur	4	2	2	2	2	0	0	2	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
385 HC	17	1 Paur	4	2	2	2	0	2	0	0	2	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
386 HC	15	1 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
387 HC	15	1 Paur	4	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
388 HC	15	2 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
389 HC	15	1 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
390 HC	16	2 Paur	4	2	2	2	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
391 HC	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
392 HC	15	2 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
393 HC	15	2 Paur	4	2	2	2	2	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1
394 HC	15	2 Paur	4	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
395 HC	15	2 Paur	4	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
396 HC	15	2 Paur	4	2	0	0	2	2	2	0	2	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1														

ANEXO 2

Propuesta educativa





**IMPLANTACIÓN DE UNA
ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN
POR EDUCADORES PARES EN
VIH / SIDA**

INTRODUCCIÓN

La educación inter pares es un concepto popular que implica un enfoque, un canal de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. El término “par” se refiere a “una persona de la misma posición social que otra; que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, el nivel de estudios o la situación social”. El término “educación”, o educar, se refiere al “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona o cosa determinada, o a los “conocimientos” resultantes del proceso educativo. En la práctica, la educación inter pares ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones relativas a quién es par y qué es la educación. Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas.

PROPÓSITO.

Implantar un programa de capacitación para profesores de educación secundaria y educadores entre pares que trabajen con adolescentes un programa primario de prevención de VIH para mitigar el avance y el impacto del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en las instituciones educativas de la Microrred Ampliación Paucarpata del

Ministerio de Salud, que es el lugar donde se desarrolló el Proyecto de Investigación como estudio de línea de base.

OBJETIVOS.

Mejorar las competencias personales de los participantes en relación al VIH / SIDA.

Difundir la idea de tomar conciencia del riesgo y promover una conducta sexual más segura entre los adolescentes, por ejemplo enseñando el uso correcto del condón, elevar la autoestima, y mejorar las habilidades de negociación entre los jóvenes que han iniciado su vida sexual, dentro de otros temas.

ACTIVIDADES:

Las actividades deben considerar los aspectos culturales y las necesidades de los posibles beneficiarios.

Sesiones de información y educación para profesores (centrándose en las habilidades para comunicarse en la sala de clases que son importantes para la salud reproductiva, y usando material de información / educación / comunicación para capacitar).

Capacitación de profesores, estudiantes y educadores de pares en la prevención del VIH/SIDA, la salud reproductiva y la importancia del sexo seguro. La participación de las autoridades locales de salud y educación es importante para la sustentabilidad de las actividades de educación y prevención en VIH/SIDA.

Campañas dentro de grupos comunitarios lideradas por educadores de pares.

MÉTODOS ESPECÍFICOS.

Uso de herramientas de aprendizaje participativo para ayudar a los jóvenes a comprender de qué manera su sexualidad se relaciona con la infección por VIH.

Herramientas como estatutos y planes de acción, con los jóvenes como participantes clave y catalizadores, para canalizar la energía y los conocimientos locales y llevarlos a un nivel regional.

El procesos participativos que ayuden a los adultos a superar los estereotipos que tienen de los jóvenes, y reforzar las ideas para una variedad más amplia de programas.

Los asesores adultos deben adoptar un compromiso a largo plazo para cultivar las redes de jóvenes en miras a acciones futuras.

TÉCNICAS.

Estas materias tomarán la forma de sensibilización, discusiones facilitadoras de grupo, representaciones dramáticas, estudio de casos, desarrollo de habilidades, y lecciones acompañadas de discusiones y vídeos, e incluso la participación de una persona que viva con VIH/SIDA, asesoramiento, referencias a los servicios y suministro de apoyo.

Los jóvenes participarán en el diseño de los módulos de información, educación y comunicación (IEC), y los educadores de pares distribuirán condones en forma racional y promoviendo su uso consistente, folletos, panfletos, boletines informativos y vídeos relacionados a la prevención y control de la epidemia.

Estos incluirán componentes adecuados a los patrones culturales y género prevalentes en la localidad.

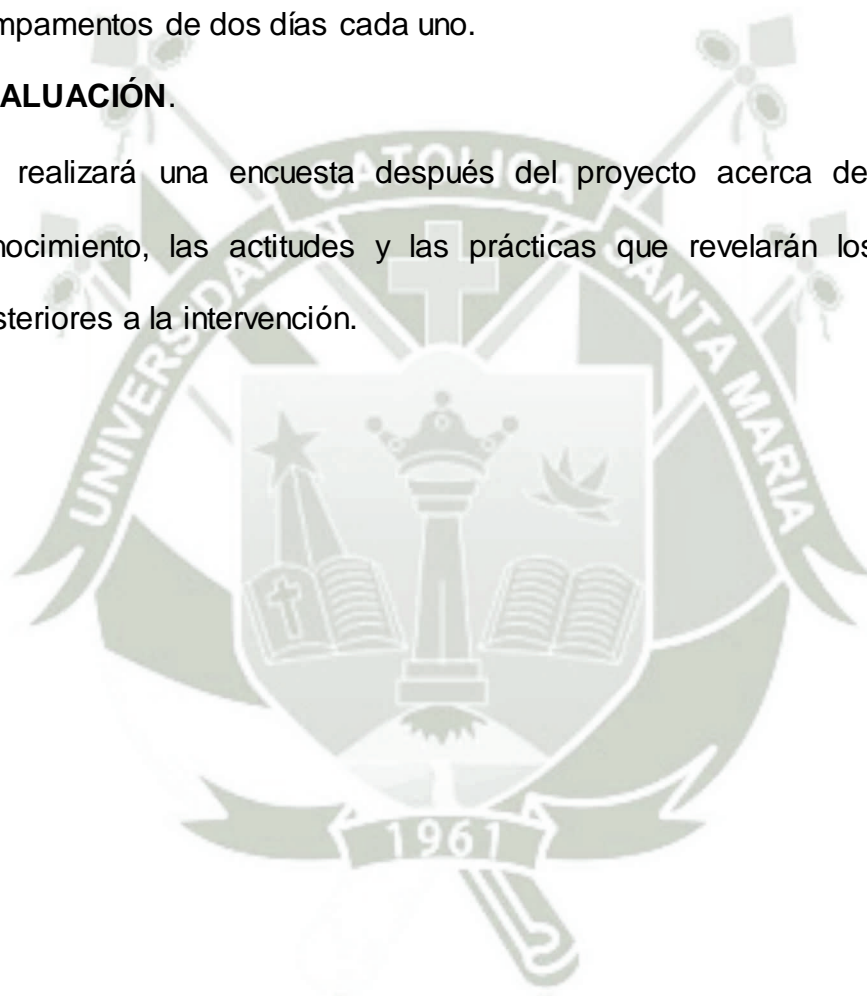
PARTICIPANTES.

Aproximadamente 100 profesores y más de 600 adolescentes de cinco instituciones educativas participarán directamente en el proyecto.

Se realizarán 9 sesiones informativas y talleres así como seis campamentos de dos días cada uno.

EVALUACIÓN.

Se realizará una encuesta después del proyecto acerca del nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas que revelarán los avances posteriores a la intervención.



ANEXO 3

Prueba de Hipótesis

Distribución z para comprobar una hipótesis sobre una proporción

Se realizará una prueba estadística para conocer si la proporción de sucesos observados (adolescentes de la Microrred Ampliación Paucarpata que presentan competencias personales respecto al VIH/SIDA), es menor que la proporción observada cuando los adolescentes no pertenecen al área de influencia del estudio. La mejor manera de comprobar esta hipótesis de investigación es con un ensayo clínico, en el cual los pacientes seleccionados al azar son expuestos a condiciones estándar habituales. Nuestro estudio no tiene el grupo de control correspondiente, sin embargo, podemos comparar nuestros resultados con los observados en estos colectivos humanos, con base en informes de otros estudios¹. Para ello se utilizará un procedimiento de 6 pasos:

Paso 1: Planteo de las interrogantes de investigación, como el caso de hipótesis a investigar.

Deseamos saber si la proporción observada de 0,56 –que resulta de redondear 0.5588, cifra que es otra forma de expresar el 55,88% (364/651) observado de escolares que presentaron Competencias Personales- es de manera significativa menor que 0,70% (usando el valor más conservador obtenido en otros estudios). Se puede utilizar la distribución de z para comprobar la hipótesis de esta pregunta de investigación.

¹ Dawson B., Trapp R. "Bioestadística Médica" 3ra. Edición. Editorial El Manual Moderno México d.f. - Santa fé de Bogotá. 2 002.

π : Proporción hipotética de la población, porque la hipótesis de nulidad se refiere a la población.

H_0 : La proporción de adolescentes en la población que muestran competencias acerca del VIH es 0,70.o más, o $\pi \geq 0,70$.

H_1 : La proporción de adolescentes en la población que muestran competencias acerca del VIH es menor a 0,70 o $\pi < 0,70$.

El interés radica en concluir que nuestra realidad comunal influye en los resultados de nuestro estudio solo si la proporción de adolescentes con competencias es menor al 70% informado en ocasión previa. Por tanto, una prueba de una cola es la adecuada para demostrar las diferencias negativas.

Paso 2: Decidir sobre la prueba estadística apropiada.

Puesto que el Tamaño de la muestra (651) multiplicado por la Proporción (0,56) es 364 y el Tamaño de la muestra (651) por 1-0,56 es 286,44 entonces, ya que ambos resultados son mayores que 5, es posible utilizar la Prueba de z.. La prueba de z toma la forma común del valor observado de la estadística (p), menos su valor hipotético (π) dividido entre el error estándar, como se puede apreciar a continuación.

$$Z = \frac{P - \pi}{\sqrt{\pi(1-\pi)/n}}$$

Paso 3: Seleccionar el grado de significancia para la prueba estadística.

Para esta prueba de una sola cola, se usa $\alpha = 0,025$. Para una prueba de dos colas se usaría $\alpha = 0,05$.

Paso 4: Determinar el valor que la prueba estadística debe alcanzar para declararla significativa.

Una prueba de una sola cola, con hipótesis alterna en sentido negativo (menor que la hipótesis de nulidad) coloca a toda el área de rechazo en la parte baja de la distribución de probabilidad. El valor z que divide el valor de la distribución normal en 2,5% bajo y en 97,5% alto es -1,96. La hipótesis de nulidad de que la verdadera proporción de la población es mayor que o igual a 0,70, queda, por tanto, rechazada en el caso de que el valor de z sea menor a -1.96.

Paso 5: Hacer los cálculos:

La hipótesis de nulidad dice que la proporción es igual a 0,70, por tanto, es el valor que se usará para la verdadera proporción, no para la proporción que se observó entre los 651 adolescentes de la muestra de 0,56.

$$Z = \frac{0,5588 - 0,70}{\sqrt{0,70(1-0,70) / 651}} = -38,42$$

Paso 6: Deducción y exposición de conclusiones.

El valor de z es menor que el valor crítico $-1,96$ por tanto se decide rechazar la hipótesis de nulidad que establece que la proporción de adolescentes con competencias personales es $\geq 0,70$. La probabilidad de observar una proporción tan pequeña como $0,56$ si la verdadera proporción de competencias personales fuera $\geq 0,70$ es menor de $2,5$ en 100 , o 1 en 40 . Se puede concluir que nuestros adolescentes presentan valores más bajos de competencias personales que en otras poblaciones en forma estadísticamente significativa.

Aunque los resultados pueden ser persuasivos, no se puede concluir causalidad considerando que se emplearon controles históricos.





ANEXO 4.

Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN SALUD REPRODUCTIVA



**Proyecto de investigación para la tesis de
Maestría en Salud Reproductiva**

**“Competencias sobre VIH/Sida en escolares de 15 a 19 años,
Microrred ampliación Paucarpata ministerio de salud, Arequipa -
Perú 2007”**

Proyecto presentado por la Bachiller:

Jeanette Rosio Fuentes Medina

Para optar el grado académico de
Magíster en Salud Reproductiva.

Arequipa - Perú

2008

ÍNDICE GENERAL

PREÁMBULO.	77
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.	79
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	79
2. MARCO TEÓRICO	84
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	99
4. OBJETIVOS	103
5. HIPÓTESIS	104
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	108
CRONOGRAMA DE TRABAJO	119
BIBLIOGRAFÍA	120
ANEXOS	124

I. PREÁMBULO

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales aumenta los riesgos de enfermedades de transmisión sexual (ETS)/VIH-SIDA. Además, según ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), en el mundo 11,8 millones de jóvenes entre 15 y 25 años (7,3 mujeres y 4,5 hombres) y en América Latina 560,000 (mujeres 31%, hombres 69%) están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el Perú, el mayor número de casos notificados de SIDA esta entre los 20 y los 34 años y se asume que los infectados entre 20 y 25 años se infectaron durante la adolescencia. 3,3% de pacientes con SIDA en el año 1997 tuvieron entre 13 y 19 años. Desde mayo del 2 004 hasta Abril del 2 005 se han registrado mil 800 casos de personas infectadas con VIH/SIDA a nivel nacional, según el Ministerio de Salud. La mayoría de estos casos corresponde a la población económicamente activa, principalmente varones, y se han infectado en la adolescencia. La esperanza está puesta en el trabajo sostenido con jóvenes para detener la epidemia. El sector salud no ha puesto en los últimos años el suficiente interés en explorar los cambios, demandas y necesidades de este grupo etéreo, a fin de poder orientar la prestación de servicios para esta población.²

Ayuda a la presentación del problema de investigación el hecho que los procesos de promoción de la salud para y con adolescentes requieren estar sustentados en información (evidencia) que le den soporte. Esta información es indispensable para identificar las teorías de cambio sobre las cuales soportar los procesos educativos o de comunicación con jóvenes en el campo de la salud sexual y reproductiva.

² Ministerio de Salud,. Boletín Informativo. Mayo 2 005.

El propósito de investigación es el conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de los jóvenes sobre ETS/VIH-SIDA, lo cual 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 marcadores para el futuro.

Adicionalmente, y en el afán de **caracterizar el problema**, siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos nacionales pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones. Por ello, gana importancia y **utilidad** la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional³. **Esta idea de investigación nace en la inquietud compartida con los compañeros de trabajo** que en el ámbito de la microrred donde yo laboro no existe esta información a nivel de centros educativos, lo que resulta, a veces, en el diseño de propuestas educativas o informativas espontáneas, que no se sustentan en resultados de investigaciones. Anima al presente trabajo el pretender llenar ese vacío de información, lo cual le imprime originalidad, siendo un aporte más en la unión de esfuerzos para lograr disminuir la infección por VIH/SIDA en esta población.

³ Mosquera et al, 2 003

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Competencias sobre VIH/SIDA en Escolares de 15 a 19 Años,
Microrred Ampliación Paucarpata Ministerio De Salud, Arequipa-
Perú, 2007”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud.

Área específica: Salud Reproductiva.

Especialización: Infecciones de Transmisión Sexual.

b. Análisis u operacionalización de variables:

Variable investigativa	Indicadores	Sub indicadores	Categorías	Escala de Medición
Competencias	Conocimientos	Definición	Adecuado Inadecuado	Nominal
		Mecanismos de transmisión.		
		Cuadro clínico		
		Diagnóstico por laboratorio		
		Prevención		
	Actitudes	Uso del condón.	Favorable Desfavorable	Nominal
		Percepción de riesgo.		
		Discriminación al infectado		
		Situaciones de riesgo		

Competencias: Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado respecto al VIH / SIDA.

Conocimientos: Conciencia de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje en relación al VIH/SIDA.

Actitudes: Tendencia o predisposición arraigada, adquirida o aprendida, que se orienta a una acción o reacción, en pro o en contra de algo o de alguien en relación al VIH/SIDA. Esta predisposición, puede manifestarse mediante un comportamiento, una reacción expresiva o simplemente a través de una abstención o de una omisión. Una de estas reacciones verbalizadas es la opinión.

c. ***Tipo de Investigación:***

Investigación de campo.

Es una investigación de campo porque sus unidades de estudio son adolescentes escolares que pertenecen a la población objetivo y tiene a la realidad social como ámbito de recolección.

d. ***Nivel del Problema de Investigación:***

Es un diseño OBSERVACIONAL porque no investigamos manipulando el fenómeno; DESCRIPTIVO, sólo observamos, describimos, medimos cómo se manifiesta el fenómeno y sus componentes y planteamos explicaciones probables. Es una investigación caracterológica.

Es un estudio TRANSVERSAL o de corte transversal porque las variables se miden en una sola vez.

Es un estudio UNIVARIANTE porque existe un solo grupo con el fin de determinar sus características midiendo las variables (competencias) con sus indicadores (Conocimientos y Actitudes) de manera descriptiva.

1.3. Interrogantes básicas

- ¿Qué nivel de conocimientos en relación a VIH/SIDA muestran los escolares de 15 a 19 años; en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud?
- ¿Qué tipo de actitudes en relación a VIH/SIDA presentan los escolares de 15 a 19 años; en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud?
- ¿Cómo son las competencias en torno a VIH/SIDA en los escolares de 15 a 19 años; en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Esta investigación aplicada cumple con el criterio de una **legítima relevancia humana** en la medida que ayuda a solucionar problemas prácticos y concretos del ser humano. Hoy se reconoce que la epidemia del SIDA tiene un rostro joven. Resulta fundamental abordar el problema reconociendo aquellos aspectos culturales y psicosociales que influyen en la manera como los adolescentes piensan en relación al VIH/SIDA. Los adolescentes y jóvenes constituyen un grupo vulnerable. A partir de la década de los 90, la pandemia se extiende a todo el país, y el perfil de muchas de las personas diagnosticadas correspondía a hombres y mujeres adolescentes de estratos económicos situados en la pobreza y extrema pobreza lo que añade una sinérgica relevancia social a este trabajo.

El problema elegido tiene **relevancia contemporánea** por tratarse de una investigación de coyuntura o del presente, su horizonte temporal es más que la estricta visión actualizada de los hechos, tiene aplicación en la solución de problemas estrictamente presentes como es la expansión de la epidemia en la actualidad a los grupos etáreos como los considerados en nuestra investigación.

El estudio planteado reviste **interés institucional** por el carácter aplicativo de la investigación, por su aplicación funcional en la exigencia real de alcanzar objetivos cognitivos sobre aspectos relacionados a la esfera del comportamiento humano de la epidemia.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Proceso de construcción del Marco Teórico.

a) Identificación de los elementos teóricos necesarios para fundamentar el problema.

Entre estos tenemos:

a₁ Sobre conocimientos en relación a VIH / SIDA.

a₂ Acerca de Actitudes respecto al VIH / SIDA.

b) Selección de la variable principal o elementos más importantes para el establecimiento del problema:

Competencias sobre VIH / SIDA en adolescentes escolares.

c) Identificación de las relaciones entre variables y enunciar la hipótesis:

- Sólo se trabajará una variable, la cual será caracterizada.
- Enunciación de la Hipótesis: Hipótesis general y estadísticas.

2.2. Descripción del Marco Teórico:

a₁ Sobre conocimientos en relación a VIH / SIDA.

Conocimiento es la Acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia. Captar la realidad de las cosas mediante el entendimiento.

Pero es bueno que precisemos de qué tipo de conocimiento deviene la información. Para tal efecto nos parece oportuno recurrir a la añeja, pero práctica dicotomía de William James (1986), en la cual distingue dos formas fundamentales de conocimiento: Primero, el que procede de “estar familiarizado con” y segundo, el que se origina en “saber acerca de”.

James, afirma que hay dos tipos de conocimiento que se pueden distinguir en forma práctica y general: Conocimiento de “familiaridad” y conocimiento “acerca de”. Los dos tipos son, por lo tanto, en cuanto a la forma práctica en que la mente humana los ejercita, términos relativos. Esto es, el mismo pensamiento acerca de una cosa, puede ser llamado conocimiento, en comparación con otro conocimiento más simple; o puede ser considerado como familiaridad si se le compara con un pensamiento más articulado y explícito todavía.

Estas formas de conocimiento, encajan como anillo al dedo, para caracterizar el conocimiento en que se sustenta la opinión. La familiaridad con una cosa, con un suceso y observación recurrente, es el conocimiento que una persona adquiere como resultado del encaramiento con el mundo que le rodea y su experiencia personal; este conocimiento es el fundamento de las opiniones.

En tanto que el conocimiento “acerca de”, es racional y formal, sistemático; está basado en la observación y los hechos, como datos extraídos de la realidad, que al ser sometidos a experimentación, pueden ser demostrados.

Este conocimiento, no es otro que el científico, basado en evidencias; en tanto que el que procede de “estar familiarizado con”, es el conocimiento personal, individual que hace que cada uno de nosotros estemos a gusto en el mundo en que vivimos. Si el conocimiento científico se comunica, a través de fórmulas, recetas, elaboraciones teóricas; el conocimiento que llamamos fruto del sentido común, se comunica a través de la sabiduría popular y sus productos: máximas, proverbios, juicios no reales y opiniones.

Trasladando estos antecedentes a nuestros días, debemos convenir, que, en materia de información, las opiniones necesariamente se sustentan en el conocimiento que el opinante tiene acerca del tema o asunto, sobre el cual opina; o más técnicamente hablando, no puede expresarse una opinión, referida a un asunto, sobre el cual el opinante no tenga información.

En cuanto al conocimiento científico, Tamayo (1994), lo define como una de las formas que tiene el hombre para otorgarle un significado con sentido a la realidad.⁴

Los estudios indican que el grupo etáreo más afectado por el SIDA es el de 15 a 49 años de edad; poseen la gran mayoría de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, mayor consumo de alcohol y drogas alucinógenas, realización de tatuajes y/o

⁴ Tamayo y Tamayo M. (1994). "EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA". 3ra Edición. Editorial Limusa. México. DF

perforaciones, préstamo de agujas para estos fines, mayor probabilidad de ser transfundidos o transplantados y **conocimientos inadecuados o deficientes**⁵. Se considera que cada año aumentan las infecciones por VIH en casi 5 millones de casos nuevos, de los cuales la mitad está constituida por jóvenes adultos entre 15 y 24 años de edad, razón por la cual el VIH/SIDA ha pasado a ser reconocida como una enfermedad de los jóvenes.⁶

En un inicio la población más afectada era la de homosexuales, hoy en día los nuevos casos ocurren en heterosexuales y en drogadictos que usan inyección intravenosa.^{7 8 9 10}

Una décima parte de las personas recién infectadas tenía menos de 15 años de edad. Se cree que la mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento, durante el parto, o a través de la lactancia materna.^{11 12 13 14}

Desde el comienzo de la epidemia, el SIDA ha cobrado más de 9 millones de vidas entre los varones. En todo el mundo, los varones suelen tener

⁵ ONUSIDA. Los niños y los jóvenes en un mundo con sida. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); 2001.

⁶ UNFPA. El estado de la población mundial 2003: el Vih/sida y los adolescentes.

⁷ OPS. El avance del SIDA

⁸ OPS / OMS: Vigilancia Epidemiológica del SIDA

⁹ ONU/SIDA :El SIDA a Diciembre de 1999 (2).

¹⁰ ONUSIDA. Campaña Mundial Contra el SIDA 2001.

¹¹ HARRISON: Principios de Medicina Interna.

¹² OPS. El avance del SIDA.

¹³ OPS / OMS: Vigilancia Epidemiológica

¹⁴ Conn's Current Therapy.1 999.

más parejas extramatrimoniales, con lo que aumenta su propio riesgo de contraer el VIH y de su pareja principal. Más del 70% de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren a través de las relaciones sexuales entre varones y mujeres. Entre el 5% y el 10% de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren a través de las relaciones sexuales entre varones. El 5% o más de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren entre personas que se inyectan drogas, las cuatro quintas partes de las cuales son varones.¹⁵

a2 **Acerca de Actitudes respecto al VIH / SIDA.**

Con un criterio, aún no riguroso, podemos decir que ACTITUD es una tendencia o predisposición arraigada, adquirida o aprendida, que se orienta a una acción o reacción, en pro o en contra de algo o de alguien. Esta predisposición, puede manifestarse mediante un comportamiento, una reacción expresiva o simplemente a través de una abstención o de una omisión.

En la concepción psicologista que nos ocupa, una de estas reacciones verbalizadas, es la opinión.

Amaro La Rosa, (1983, p.89), nos respalda en esta argumentación , expresando que, la actitud, es un patrón relativamente constante de evaluación de objetos sociales, que implica, su conocimiento y una

¹⁵ CDC - NCHTSTP - División of HIV / AIDS Prevention.

dirección hacia la acción; así como una carga afectiva orientada a los mismos.

Maletzke (1970, p.245), también nos trae una noción de actitud compatible con nuestro punto de vista: “Actitud es la predisposición de un individuo, para evaluar algún símbolo de su mundo, de una manera favorable o desfavorable”. Maletzke parece destacar el carácter interno de la actitud, caracterizándola como una fuerza motivadora de la acción o de la reacción expresiva. En cambio estaría dejando para la opinión, una característica externa, verbalizable y menos estable que la actitud.

Distinción entre Actitud y Opinión: Interpretando a Maletzke, Luis Anibal Gómez expresa: “Si consultamos a Maletzke, encontramos la dificultad de la diferenciación, de las nociones de actitud y opinión, serían los aspectos parciales y distintos de un mismo proceso unitario, de la toma de posición, respecto a cosas, personas, relaciones y procesos”. Raúl Rivadeneira (1984), también es partidario de esta diferenciación entre actitud y opinión, considerando a la primera como una disposición para reaccionar ante una motivación y a la opinión como una imagen que se forma el hombre en un proceso de cognición del mundo exterior; imagen que equivale a un juicio de valor, que corresponde a algo en relación con lo que suponemos correcto (fundamento ético) y verdadero (fundamento lógico).

Del análisis de las citas precedentes, llegamos a la comprensión de que las actitudes, tienen carácter latente y potencial, no son perceptibles, ni

evaluables por si mismas; por el contrario la opinión, es una expresión a través de la cual, se exteriorizan las actitudes, e incluso, se les puede medir cuantitativamente. Las encuestas de opinión, en realidad, lo que permiten evaluar, son las actitudes que se manifiestan verbalizadamente a través de las opiniones.

Relación entre Actitud y Opinión: Las proposiciones que seguidamente transcribimos permiten afirmar, concluyentemente, que las actitudes, son el sustento de las opiniones; su caldo de cultivo; por lo tanto, cuando la jerarquía de actitudes en el sujeto, es estable, podemos esperar un conjunto de opiniones, con una dirección, intensidad y organización previsible; pero cuando los cambios en el entorno y realidad social, condicionan una nueva jerarquización de las actitudes; también puede esperarse similares cambios en las opiniones.

Otto Klineberg sostiene: “La actitud, es un estado de ánimo del individuo hacia un valor. Sería conveniente reservar la palabra actitud para indicar lo que estamos preparados a hacer y la palabra opinión, para representar lo que creemos, o lo que consideramos que es cierto”

Daniel Katz corrobora: “Actitud es la predisposición del individuo, para evaluar algún símbolo o aspecto de su mundo, de una manera favorable o desfavorable. La opinión es la expresión verbal de una actitud: Las actitudes pueden también ser expresadas por una conducta no verbalizada; las actitudes incluyen a la vez el núcleo afectivo o sentimental de inclinación o rechazo, como también los elementos

cognoscitivos o de creencias que describen el objeto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos. Todas las actitudes por tanto, incluyen creencias, más no todas las creencias son actitudes

Proceso de la Formación de la Actitud.

La socialización comienza en el núcleo familiar y se continúa durante toda la vida. Las personas durante su desarrollo y crecimiento se relacionan con distintas personas, situaciones y/o objetos. Esta interacción conlleva experiencias gratificantes o frustrantes, como producto de la satisfacción de necesidades. Durante este proceso la persona adquiere ideas (elementos cognoscitivos), sentimientos (elementos afectivos), y condiciona una predisposición a actuar (elementos reactivos) positiva o negativamente frente al objeto.

Las actitudes se adquieren por Socialización Primaria, (las primeras actitudes en la niñez dentro de su núcleo familiar y se continúa en la escuela). Por Socialización Secundaria cuando resulta de la interacción con otras personas, quienes ya poseen determinadas actitudes.

Características de la Actitud:

Las actitudes precisan de varias características:

Son aprendidas: No son innatas son resultado de las necesidades, percepciones y experiencias y del aprendizaje de creencias, valores y sentimientos.

Son relativamente estables: Las actitudes se fijan y persisten, por tanto son duraderas, pero están sujetas a los efectos de nuevas experiencias, por eso se habla de cambio de actitud pero este cambio no se da con facilidad.

Son inobservables: La actitud es una construcción hipotética: se refiere a algo que no es observable en forma directa, puede deducirse indirectamente a partir de sus efectos sobre las acciones conductuales (como los juicios y elecciones) las cuales son directamente observables.

Tiene tendencia afectiva: Las actitudes están vinculadas a sentimientos, emociones o afectos.

Tienen intensidad: Por el grado de su acercamiento o alejamiento, por el grado de fuerza positiva o negativa hacia el objeto.

Son dirigidas: Las actitudes están orientadas a favor o en contra, agrado o desagrado, positivas o negativas, aceptación o rechazo.

Son reactivas: Las actitudes suponen una predisposición a determinada forma de conducta. Esta relación sólo es de tipo probable, es decir la existencia de una actitud no significa necesariamente la emisión de una conducta.

Son selectivas: Ya que conlleva a una lección o discriminación determinada.

Tienen relación sujeto – objeto: Las actitudes están vinculadas con un objeto, el cual incluye símbolos, personas, grupos, instituciones, hechos o situaciones concretas.

Tipos de Actitudes

Las actitudes pueden clasificarse de acuerdo:

Al objeto al que se dirige: Las actitudes pueden estar orientadas a Dios, a la Nación, al hombre, etc.

Al sector al que se dirige: La orientación puede ser más específica como la familia, lo sexual, la política, lo económico, lo cultural, etc.

A la situación a la que se refiere: Las actitudes se pueden referir a situaciones íntimas (personales), situaciones públicas (generales).

A la situación existencial o vivencial: La persona con su entorno: sentirse bien, sentirse positivamente o al contrario.

e. A la dirección: Hay actitudes favorables: positivas de aceptación y actitudes desfavorables, negativas o de rechazo.

Importancia de la actitud: La actitud constituye un enlace entre la conciencia individual (sujeto) y el mundo de interrelaciones (sociedad), determinando una actitud real o posible por parte del sujeto en el mundo social. Permitiendo conocer con criterios de probabilidad lo que va a ocurrir y prevenirse para el cambio. Por lo dicho las actitudes forman parte

de la personalidad definiéndose ante situaciones concretas: está presente y es constante en toda interrelación personal, facilitando la adaptación con el medio y permiten una visión global de la realidad, creando identidad y autorrealización.

Métodos para medir actitudes: Pueden utilizarse diferentes métodos para obtener información sobre la actitud de una persona hacia algo, incluyendo la observación directa de la forma en que se comporta la persona en relación con ciertas cosas. Es decir, ¡Que hace o dice la persona en situaciones en la que está presente el objeto o suceso! La voluntad de hacer un favor, firmar una petición y hacer una donación a alguna causa, son ejemplos de medidas conductuales de las actitudes.

La observación directa del comportamiento es informativa, sobre todo con ciertos individuos o cuando otros métodos se consideran impertinentes. Sin embargo, la obtención de una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones, consume mucho tiempo y es costosa.

Además las medidas conductuales de las actitudes frecuentemente producen resultados diferentes según el método utilizado. Dado que actitudes es un concepto tan útil y amplio en psicología se ha invertido considerable esfuerzo en perfeccionar métodos para medir actitudes con tanta precisión que sea posible.

Entre estos métodos se encuentran las técnicas proyectivas y los cuestionarios o escalas de actitudes. El método para medir las actitudes consiste en aplicar una escala de actitudes que consta de un conjunto de afirmaciones positivas y negativas respecto a un sujeto de interés (un grupo de personas, una institución, un concepto), puede elaborarse por medio de varios procedimientos. Una de las primeras escalas de medición de actitudes fue la de la Escala de Distancia Social de Bogardos, trabajos como el de Luis Thurstone, Rensis Likert, Luis Guttman y otros expertos en psicometría hicieron posible medidas de actitudes más precisas.

Actitudes en relación al SIDA.

El SIDA toca tres tabús fundamentales en nuestra cultura: el tabú de la enfermedad, el tabú de la muerte y el tabú de la sexualidad. Esto está impidiendo el desarrollo de intervenciones preventivas realmente eficaces que frenen el avance de esta epidemia. Hoy por hoy, está más que demostrado que sólo con intervenciones informativas no se consigue modificar las **actitudes** ni los comportamientos de riesgo. En esta Comunicación se analizan los factores que están impidiendo y bloqueando en las personas la asunción de las sugerencias del Sexo Seguro, fundamentalmente derivadas del tratamiento inadecuado de la información y de la aparición de **actitudes** irracionales al respecto. Para comprenderlo se exponen las cuatro etapas de la "construcción social" del SIDA y sus repercusiones en las actitudes sexuales de las personas: (López, 2 000).

La Tabuización de la enfermedad.

La Construcción y Manipulación de la enfermedad.

La Rentabilización de la enfermedad.

La Generalización de la enfermedad.

Con una llamada importante hacia la necesidad de intervenciones que incidan realmente en las **actitudes** de las personas como la manera eficaz de parar esta epidemia.

Las campañas de información a través de los medios de comunicación de masas, aparte de ser insuficientes, chocan con otro importante obstáculo que no hay que olvidar ya que fueron estos mismos medios los responsables, en gran medida, de su existencia: muchas personas mantienen **actitudes** irracionales con respecto del fenómeno SIDA. **Actitudes** de recelo e indiferencia del tipo "El SIDA no va conmigo" que tienen mucho que ver con la manipulación que se hizo en un principio (y todavía se pretende, aunque en menor medida) de relacionar el SIDA con determinados colectivos sociales a los que se denominaba "Grupos de Riesgo". **Actitudes** insolidarias y discriminatorias generadas de estas primeras de indiferencia, recelo, aislamiento y desprecio. Como si el SIDA no fuera una cuestión que nos afectara a todos/as sino a grupos marginales y marginados de la población. **Actitudes** de miedo y pánico desproporcionadas, respuesta directa y lógica a campañas basadas en el miedo y la advertencia de los peligros que conlleva esta enfermedad mortal. Por lo general, existe todavía una idea errónea entre la "Población General" acerca del SIDA en el sentido de que sólo afecta a determinados

colectivos (adictos/as a drogas por vía parenteral, prostitutas/os, hombres con prácticas homosexuales, presos), por lo cual, "si no me relaciono con personas pertenecientes a estas poblaciones, no tengo ningún riesgo de ser infectado por el virus del SIDA". Este error prejuiciado, fruto directo del tratamiento interesado e inadecuado que se le ha dado a la información en estos últimos años, es la causa principal por la que otro gran grupo de personas se están viendo afectadas en progresión geométrica con respecto a la transmisión del VIH-SIDA: hombres y mujeres jóvenes, de hasta treinta años, y con prácticas heterosexuales. Y la vía de transmisión es la vía sexual, las prácticas sexuales que se conocen como inseguras o que conllevan un riesgo o posibilidad de transmisión del VIH en caso de ser realizadas. Podemos plantear que se está reaccionando institucionalmente con muchos años de retraso sobre la fecha deseable para evitar la extensión de la epidemia a las poblaciones donde está incidiendo de una manera más clara. Deberíamos de actuar ya, y no esperar a que nos alcancen los próximos años y recontar y recoger entonces las víctimas de entre la población joven heterosexual sobre la cual hacía ya casi diez años en el pasado se había advertido que se estaba convirtiendo en el próximo "grupo de riesgo" social afectado directamente por la epidemia. Debe asegurarse que se consiga una incidencia adecuada tanto en las **actitudes** como en los comportamientos susceptibles de riesgo de transmisión del VIH-SIDA en el marco de las relaciones sexuales.

Mientras no se hable claro y no se dé una información sexual completa; mientras no se establezcan programas preventivos donde realmente se incida en las **actitudes** y en el nivel emocional-motivacional de la gente joven, éste se convertirá en el siguiente colectivo ampliamente afectado, puesto que los y las adolescentes y los y las jóvenes forman, hoy por hoy, el grupo de población más desprotegido dentro del colectivo más amplio de la población heterosexual. Reconsiderando lo anterior: La información sola no cambia los hábitos. Las campañas que aluden al miedo o a la represión no son eficaces. Hay que prevenir desde la incidencia en las **Actitudes** Personales.



3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Se han encontrado antecedentes investigativos en cuanto al enfoque y a los resultados que puedan ser comparables con nuestro estudio.

NIVEL INTERNACIONAL

VERA, Lina. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. 2004.

Resumen: Con el objetivo de determinar la asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos respecto a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes, se hizo un estudio analítico de corte transversal con muestreo estratificado. El análisis estadístico aplicó regresión logística. La mayoría conoce las vías de transmisión del VIH, 19% no considera que tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol sea práctica riesgosa para adquirirlo; 96% sabe que el condón se debe usar durante toda la relación sexual; 79,8% había tenido relaciones sexuales; sólo 26,4% de ellos dijo usar siempre condón. Los estudiantes de salud obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los promedios de los estudiantes de las otras áreas. La asociación entre comportamientos y área de estudio informó, que comparados con los de salud, los estudiantes de humanidades tuvieron un riesgo significativamente mayor de tener comportamientos inadecuados con respecto a la transmisión del VIH.

Conclusiones: aunque esta población tiene adecuados conocimientos sobre la enfermedad, presenta comportamientos riesgosos para infectarse con el VIH. Los estudiantes del área de humanidades deben ser objeto de un programa de prevención de infección por VIH orientado a sus características particulares.¹⁶

CABALLERO-Hoyos R. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. 2003.

Resumen: con el objetivo de describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural se realizó un estudio transversal muestral descriptivo y correlacional. Se usó un cuestionario aplicado a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México, entre julio de 1995 y marzo de 1996. Se obtuvieron los siguientes resultados: Hubo altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo/grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró: a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas.

Conclusiones: los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen

¹⁶ Lina María Vera, Nahyr López, et al. "Asociación entre....."

elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas.¹⁷

MOSQUERA J, Mateus. Nombre del trabajo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. 2003.

Resumen: Se planteó como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia, se realizó una investigación que tuvo dos componentes. En el componente cuantitativo se realizó un estudio de prevalencia a través de un muestreo aleatorio sistemático. En el componente cualitativo, la información se recogió a través de grupos focales y entrevistas. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. Se discute que a pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los medios para prevenir las ETS/VIH-SIDA, estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo. El estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los jóvenes y sus padres.¹⁸

¹⁷ Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos

¹⁸ Mosquera J, Mateus J et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-.....

VILLASEÑOR, A. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. 2003.

Resumen: Se llevó a cabo un trabajo de investigación con el objetivo de evaluar la asociación de conocimientos objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA con el uso del condón. Se realizó una encuesta aleatoria, anónima y autoaplicada en 1410 adolescentes de cuatro estratos socioeconómicos mexicanos. El conocimiento objetivo se evaluó mediante 24 preguntas sobre VIH/SIDA y el “subjetivo” con la pregunta: “¿qué tanto crees conocer sobre el SIDA?” Las variables predictoras del uso del condón se identificaron mediante regresión logística y cálculo de la razón de momios con IC 95. Los varones dijeron usar más el condón (35,4%) que las mujeres (15,3%) ($p < 0.001$), y los de estratos superiores ($p < 0.005$). Aunque conocimiento objetivo y subjetivo se correlacionaron ($r = 0.37$, $p < 0.001$), un mayor conocimiento subjetivo se asoció con el uso del condón ($p < 0.001$).

Conclusiones: El conocimiento subjetivo, pertenecer al estrato alto o medio y ser varón, predijeron el uso constante del condón. Su uso fue diferencial por género y estrato socioeconómico.¹⁹

NIVEL NACIONAL

No se han encontrado estudios similares.

NIVEL LOCAL

No se han encontrado estudios similares.

¹⁹ Villaseñor A, Caballero R. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA

4. OBJETIVOS

- Establecer el nivel de conocimientos en relación a VIH/SIDA; que muestran los escolares de 15 a 19 años en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud.
- Determinar el tipo de actitudes que presentan los escolares de 15 a 19 años en relación a VIH/SIDA; en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud.
- Identificar las competencias de escolares de 15 a 19 años, en relación a VIH/SIDA; en los centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud.

5. HIPÓTESIS:

Dado que: la población adolescente es el grupo etáreo más afectado por la epidemia del VIH/SIDA por tener la gran mayoría de factores de riesgo como conocimientos inadecuados o deficientes²⁰ y que; no se han establecido programas que incidan sobre las actitudes de la gente joven²¹

Es probable que: en la mayoría de los estudiados el nivel de conocimientos sea inadecuado y las actitudes favorables poco extendidas en este grupo poblacional; de tal modo que las competencias sean en su mayor proporción inadecuadas.



²⁰ ONUSIDA, 2001.

²¹ LÓPEZ, V., 2 000.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.-

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

Las técnicas que se usarán según la naturaleza de las variables e indicadores de los cuales se recogerá información, se muestran en el siguiente cuadro:

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento
Competencias	Conocimientos	Encuesta	Cuestionario
	Actitudes	Encuesta	Cuestionario

1.1. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La presente es una investigación de campo, que utilizará la técnica de encuesta para la recolección de información, aplicando como instrumento el cuestionario.

1.2. INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida para adolescentes.

Consta de 35 reactivos divididos en:

Parte I, para la medición de conocimientos básicos

Son 10 preguntas cerradas de múltiple alternativa

Parte II, para la ejecución de un inventario de actitudes.

Se utiliza 25 preguntas en escala de Likert, con 5 alternativas.

DATOS DE CONTROL		
1. Fecha Programada	2. Código Centro Educativo	3. Distrito
4. Código de ubicación	5. Código del encuestado	6. Observaciones

Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida para adolescentes.

Amigo (a) participante, somos profesionales de salud de la Microrred Ampliación Paucarpata, que estamos realizando un estudio sobre los conocimientos que posees sobre el VIH/SIDA.

El presente cuestionario lo puedes llenar en forma voluntaria y libre; como es anónima te pedimos no escribir tu nombre.

Los resultados contribuirán a la identificación de necesidades de educación en salud.

Lee con atención las preguntas que te hacemos y te pedimos las contestes con toda sinceridad. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideras.

CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS										
Marca con una X en el casillero que corresponda										
1.	EDAD:	15	16	17	18	19	2.	SEXO	1 Masculino	2 Femenino
3.	¿En qué distrito vives?			3.	Paucarpata		4.	Otro(especifica)		
4.	¿En qué año de secundaria estás?				1.	Tercero	2.	Cuarto	3. Quinto	

1ª PARTE

Instrucciones: Lee cada ítem y marca con un aspa la alternativa que elijas según sea el caso.

1. En relación al SIDA, una de las siguientes alternativas es falsa:
a) Afecta principalmente a los genitales o sexo del hombre y la mujer
b) Disminuye las defensas del organismo para defenderse de las infecciones
c) Es una enfermedad mortal
d) No sé / no estoy seguro
2. Señala lo falso
a) Las prostitutas tienen riesgo de contraer el virus del SIDA
b) Todos los homosexuales tienen SIDA
c) Las otras enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA
d) No sé / no estoy seguro
3. Sobre la forma de contraer SIDA marque el incorrecto
a) Durante el embarazo se puede transmitir la enfermedad de madre a hijo
b) Al momento del parto se puede pasar la enfermedad de madre a hijo
c) A través de la lactancia materna no se transmite la enfermedad de madre a hijo
d) No sé / no estoy seguro
4. Señala lo correcto
a) Tú puedes adquirir el virus del SIDA por el contacto con el borde del inodoro
b) Si se recibe una transfusión de sangre se puede contraer la enfermedad
c) El virus del SIDA se puede transmitir abrazando a otra persona
d) No sé / no estoy seguro
5. Marque lo verdadero
Una persona que luce sana es imposible que esté infectada por el virus del SIDA
El virus del SIDA se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales
Al estornudar y toser se puede transmitir el SIDA
No sé / no estoy seguro
6. Cuando la persona ya tiene muy avanzada la enfermedad del SIDA, señale lo falso:
a) Es raro que haya una pérdida importante de peso
b) Puede padecerse de tos crónica e infecciones respiratorias frecuentes
c) Tal vez haya presencia de diarrea crónica
d) No sé / no estoy seguro
7. Si el día de hoy se tiene un comportamiento de riesgo para contraer la infección por el VIH/SIDA se puede saber si se contagió haciéndose la prueba de sangre de ELISA para VIH desde:
a) El día siguiente
b) A los tres meses
c) A los seis meses
d) No sé / no estoy seguro
8. Señala la alternativa correcta:
a) Se puede evitar contraer el SIDA haciendo bastante ejercicio.
b) La buena higiene previene el contagio
c) Se puede tener relaciones sexuales con una persona infectada por el virus del SIDA y tal vez no contagiarse
d) No sé / no estoy seguro
9. Marque lo correcto
El uso correcto del condón es una de las formas más seguras de protegerse contra el SIDA
Los anticonceptivos bien usados protegen contra el contagio del VIH/SIDA

Existe una medicina que previene que tú te contagies de SIDA
No sé / no estoy seguro
10. Marca quienes tienen menos riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA
Las prostitutas y sus clientes
Los hombres que tienen sexo con hombres
Las personas que donan sangre
No sé / no estoy seguro

2ª PARTE

Instrucciones: Lea cada ítem detenidamente pero sin dedicarle mucho tiempo y marca con una X en cada pregunta en el casillero en blanco que refleje tu opinión:

	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo
1. Puedo llevar preservativos por si decido tener relaciones sexuales	X	X			
2. Tú puedes pedirle a tu pareja sexual que se usará el preservativo si así lo quieres	X	X			
3. Puedo comprar preservativos	X	X			
4. Tener que detener temporalmente el coito para ponerme el preservativo interrumpe el placer sexual			X	X	X
5. El coito no es tan agradable cuando se usa el preservativo			X	X	X
6. Creo que es muy importante usar el preservativo cada vez que mantenga relaciones sexuales	X	X			
7. Es difícil encontrar lugares donde comprar preservativos			X	X	X
8. No tengo que preocuparme de contraer el SIDA			X	X	X
9. A los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela	X	X			
10. Me sentiré mal usando el mismo sanitario y asiento que hayan sido utilizados por personas con SIDA			X	X	X

	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo
11.Me negaría a sentarme junto a una persona con SIDA			X	X	X
12.Las personas con SIDA deben ser aisladas por seguridad para otras personas			X	X	X
13.A las personas con SIDA se les debe permitir subirse al autobús	X	X			
14.Creo que cualquier persona que se inyecte drogas debe hacerse la prueba del SIDA	X	X	X	X	
15.Creo que únicamente son los homosexuales los que deben preocuparse por el SIDA			X	X	X
16.Puedo preguntarle a mi pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales	X	X			
17.Es hermoso tener relaciones sexuales antes del matrimonio a cualquier edad si hay amor y respeto			X	X	X
18.Las personas pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio si piensan casarse			X	X	X
19.Puedo aceptar que mi pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes que yo			X	X	X
20.Tú puedes averiguar si una persona está infectada con el virus del SIDA sólo con mirarla					X
21.Aunque mi pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes, si conmigo es fiel no hay mucho riesgo para contraer el SIDA			X	X	X
22.No hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con mi pareja sexual seamos fieles, aunque nuestra relación sea corta.			X	X	X
23.Es normal que un hombre busque tener relaciones sexuales con prostitutas.					X
24.Todas las personas que tienen el SIDA son homosexuales			X	X	X
25.Una persona de mi edad puede tomar bebidas alcohólicas si es que sabe comportarse			X	X	X

CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se codificará de acuerdo a la frecuencia de respuestas.

Conocimientos: 0: Falso. 1: Verdadero.

Cada reactivo de la parte II se codificará según la actitud frente al SIDA sea:

Favorable, entonces vale más el grado de aceptación:

- Fuertemente de acuerdo: 5.
- De acuerdo: 4.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3.
- En desacuerdo: 2.
- Fuertemente en desacuerdo: 1.

Desfavorable, entonces vale más el grado de rechazo:

- Fuertemente de acuerdo: 1.
- De acuerdo: 2.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3.
- En desacuerdo: 4.
- Fuertemente en desacuerdo: 5.

Dentro de los materiales necesarios para la recolección de información están los materiales de escritorio y servicios de reproducción de impresos, así como los propios para el transporte.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata es el lugar o ámbito al que corresponde la investigación. Según los Registros de la UGEL SUR de la Dirección de Educación de Arequipa, en la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata existen nueve Centros Educativos Secundarios.

Su población será el marco muestral, constituyéndose así los límites espaciales en que se encuentran las unidades de muestreo y en los que hallaremos a las unidades de análisis del presente estudio (adolescentes de 15 a 19 años). La relación completa se expone en los Anexos y a continuación mostramos el cuadro de distribución:

Distribución de la población asignada por Establecimientos de Salud de la Microrred Ampliación Paucarpata, 2007.

PROCEDENCIA (Colegios mixtos)	NÚMERO	PORCENTAJE
Corazón de Jesús (AP)	104	15,98
Benigno Ballón Farfán (MP)	143	21,97
José Carlos Mariátegui (MP)	192	29,49
Santa María de la Paz (NA)	115	17,66
Héroes del Cenepa (CM)	97	14,90
TOTAL	651	100,00

Fuente: Dirección Regional de Educación Arequipa – Ministerio de Educación – Perú. 2005.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Los límites temporales en los que se encuentran las unidades de estudio corresponden desde el 1ro Marzo al 30 de Abril del 2007.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

UNIVERSO O POBLACIÓN:

El universo o población de estudio está conformado por adolescentes de 15 a 19 años de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata, que estudien en Centros Educativos de la jurisdicción.

MUESTRA:

El muestreo utilizado fue por conglomerados; siendo que se encontraron 9 colegios nacionales secundarios mixtos; se procedió a la elección aleatoria de 5 de ellos.

Unidad de estudio

La unidad de estudio es el escolar entre 15 a 19 años

Los criterios de elegibilidad son los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**

Cursar estudios en año escolar seleccionado en el ámbito del estudio.

Estar en horario de clases.

- **Criterios de exclusión:**

Tener algún tipo de vínculo con el investigador de campo.

Estar bajo la influencia de alcohol, drogas y condiciones precarias de salud.

Falta de privacidad.

Negarse a participar en el estudio.

Llegar tarde al proceso de recolección de datos

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización de la recolección de datos:

Para la recolección de datos la técnica elegida fue la aplicación de cuestionario, tal como se aprecia en el instrumento documental formulado, en las unidades de estudio seleccionadas (escolares de los Centros Educativos que ingresaron al estudio), en el espacio geográfico delimitado, que es la Microrred Ampliación Paucarpata, con la finalidad de lograr información cuantitativa indispensable sobre las variables e indicadores, a partir de los objetivos establecidos.

3.2. Procedimiento de la recolección de datos

En este estudio se considerarán los siguientes elementos: tiempo, recursos, proceso, adiestramiento, coordinación y supervisión.

3.2.1. Tiempo:

El período que durará la recolección de datos es necesario desglosarlo en diferentes fases, como son Coordinación/

Supervisión, selección de recursos, adiestramiento, recolección piloto; corrección de instrumentos y recolección extensiva y se detalla más adelante en el cronograma.

3.2.2. Recursos Humanos.

Para la conformación del equipo de trabajo de campo, además de un tutor de la investigación, se contará con un recolector de datos y el investigador principal:

Asesor de la ejecución del estudio:

Es un profesional de la salud, con formación académica y experiencia en el campo de la salud reproductiva, y que ha trabajado en investigación a nivel poblacional, que incluye técnicas de aplicación de cuestionarios. Se encargará de proporcionar asesoramiento y apoyo técnico administrativo.

Recolector de datos:

El perfil del recolector de datos corresponde una obstetriz informada sobre todo el proceso de investigación. Será responsable del acopio directo, preservando el anonimato y confidencialidad de los integrantes de la muestra.

3.2.3. Apoyo Logístico.

Los recursos físicos, materiales y suministros necesarios para la recolección, tabulación y análisis de los datos son: Hojas de papel periódico, hojas de papel bond, sobres de papel, papel carbón, cinta

impresora, medios magnéticos portátiles, lapiceros, gasolina, lápices, lapiceros, borradores.

En equipos y materiales un equipo de cómputo con impresora y paquetes estadísticos EXCEL 2007 de WINDOWS Vista y SPSS V. 16.0 para WINDOWS.

3.2.4. Implicaciones presupuestarias.

Serán consideradas y especificadas en detalle en los anexos, autofinanciadas.

3.2.5. Proceso:

Para fines de validez y confiabilidad de la investigación se especificarán los puntos más importantes en las diferentes etapas de la recolección de datos:

Preparación de los sujetos: Las unidades de estudio no necesitan preparación alguna por tratarse de un estudio que se hará en forma anónima; además, de acuerdo al diseño, se les proporcionará información básica acerca del estudio en la parte introductoria del instrumento.

Implicancias éticas: De acuerdo al tipo de estudio en mención, no se encuentran problemas desde el punto de vista de la ética en investigación. Se pide consentimiento a las unidades de estudio y a sus tutores. Los métodos utilizados no entrañan molestias ni riesgos; además, no se comete una falta de respeto.

Adiestramiento, supervisión y coordinación: Las personas que estarán a cargo de la recolección de datos tendrán una reunión de información y coordinación previa. El supervisor podrá brindar información adicional de acuerdo a la necesidad de cada integrante.

3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Es necesario realizar, previo a la investigación, un estudio piloto como una prueba mediante la cual todo el proceso de captación de la información se ensayará en un grupo pequeño de unidades, con el fin de determinar la validez, fallas y eficacia de dicho proceso. Para tal fin, se hará una selección por conveniencia (accesibilidad y concentración de los elementos de la muestra), solamente para calibrar los instrumentos, en Centros Educativos que no ingresarán al estudio.

3.4. CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS.

En primer lugar se hará la sistematización de datos para luego cumplir con el plan de análisis, que centra el énfasis en la interpretación de los métodos de análisis cuantitativo:

3.4.1 SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

Se dará un conjunto de pasos destinados a ordenar, clasificar y organizar la información recolectada para los fines del análisis:

Crítica y codificación: La crítica y codificación de los instrumentos se hará diariamente y estará a cargo del investigador principal.

Digitación: Una vez criticados los instrumentos, el investigador principal los ingresará a su respectiva base de datos.

Diseño de base de datos: El estudio prevé el diseño de por lo menos las siguientes bases de datos:

Listado de Centros Educativos con sus diferentes aulas.

Ítems del cuestionario.

Las dos Bases de Datos coinciden en la información necesaria para este estudio.

Para el tratamiento estadístico de los datos, se usarán estadísticas descriptivas que se centrará en la relación entre variables o indicadores tomadas individualmente, expresadas en frecuencias, razones y proporciones. Clasificación u ordenamiento de la información en matrices de sistematización:

Una vez culminado el trabajo e ingresados los datos a sus respectivas bases, se procederá a la limpieza de las mismas para la posterior elaboración de las matrices de sistematización, que permitirán la clasificación y tabulación de la información, en la que se aplicarán criterios de sistematización que consideran los siguientes ejes de organización:

- a. Eje de ítems de clasificación: Indicadores del estudio u otras variables.
- b. Eje de unidades de estudio: escolares.
- c. Eje de Totales.

Los ejes aparecerán en la matriz en forma horizontal o vertical de acuerdo a la conveniencia.

Con estas matrices podrán hacerse los siguientes cálculos estadísticos y organizar los datos a través de cuadros o tablas y gráficas:

- Porcentaje de respuestas para Nivel de conocimientos.
- Porcentaje de respuestas para actitudes.
- Porcentajes de resultados generales y complementarios.
- Estimación de la proporción poblacional.

3.4.2 Análisis de la información

Primero se describirán los datos y luego se realizará el análisis estadístico que:

- a) Análisis descriptivo: se centrará en la relación entre variables o indicadores tomados individualmente así como en conjunto, expresado en frecuencias y porcentajes.
- b) Análisis inferencial: Se plantea efectuar un análisis inferencial UNIVARIANTE para completar el análisis descriptivo en relación a la variable investigativa. Para evaluarla se usará el contraste de hipótesis sobre proporciones.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

FASES		TIEMPO				MES 1				MES 2				MES 3			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del proyecto	Diseño	X	X	X	X												
	Coordinación/Supervisión		X	X	X	X											
	Recolección piloto					X	X	X	X								
	Diseño de base de datos							X	X	X	X						
Recolección de datos	Recolección extensiva								X	X	X	X					
Elaboración del informe final	Digitación								X	X	X	X					
	Análisis								X	X	X	X					
	Informe preliminar								X	X	X	X					
	Informe final										X	X	X	X			

V. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.

1. CONN, H. F. "Conn's Current Therapy. latest approved methohs of treatment for practiciing physician". Editors H. F. Conn and others. Edited 1999.
2. DAWSON, Beth. TRAPP, Robert. "Bioestadística Médica" 3ra. Edición. Editorial El Manual Moderno México d.f. - Santa fé de Bogotá, 2002.
3. FARRERAS y ROZMAN: Medicina Interna. Decimotercera Edición. Madrid España. Editorial Mosbi/Doyma. Libros. 1995.
4. HARRISON: Principios de Medicina Interna. Decimocuarta Edición. España Editorial Mc Grae. Hill 1996.
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex. Washington, 1992.
6. TAMAYO, José. "Estartegias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 1ra. Edición. Edi. Al cuidado del autor. Lima, 2002.
7. TAMAYO, José. "Estartegias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 2da. Edición. Edic. Mundo Científico en Salud E.I.R.L. Lima, 2003.
8. TAMAYO Y TAMAYO, M. "El proceso de la investigación científica". 3ra Edición. Editorial Limusa. México DF, 1994.

9. HEMEROGRAFÍA.

10. CABALLERO HOYOS R, VILLASEÑOR SIERRA A.
"Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres". Salud Pública Mex 2003;45 supl 1:S108-S114. México, 2003.
11. CDC - NCHTSTP - División of HIV / AIDS Prevention. Ciencia Ligada a Programas de Prevención-Necesidad de estrategias integradas. Julio 1998.
12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.
"ENDES IV. Arequipa: Informe Departamental de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar". Págs. 169-170. Lima, Perú. Setiembre, 2001.
13. LOPEZ, V. Talleres de sexo seguro: se acabó el miedo al SIDA. Sociedad de Sexología AL-GARAIA. España, 2000.
14. MINISTERIO DE SALUD. "Análisis de la situación de salud del Perú 2001 / Perú". (OPS/PER/02.02). Oficina General de Epidemiología-Lima, 2002.
15. MINISTERIO DE SALUD. "Boletín Informativo MINSA PERÚ. Mayo 2005". Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Lima, 2005.
16. MINISTERIO DE SALUD. "Boletín Informativo PROCETSS". 1997; (3):2. Lima, 1997.
17. MINISTERIO DE SALUD. "Guía Nacional De Atención Integral Del Paciente Con Infección VIH/SIDA/Perú". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Lima, 1999.
18. MINISTERIO DE SALUD. "Manual De Procedimientos Para La Atención Médica Periódica 2000". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Lima, 2001.

19. MORMONTOY, W. "Elaboración del Protocolo de Investigación en Ciencias de la Salud, de la Conducta y Areas Afines". 2da. Edición., Lima-Perú. 1994.
20. MOSQUERA J, MATEUS J et al. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes". Rev. Colombia Médica Vol 34(4). Colombia, 2003.
21. ONUSIDA. Campaña Mundial Contra el SIDA 2001. Hoja Informativa.
22. ONUSIDA. Los niños y los jóvenes en un mundo con sida. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); 2001.
23. ONUSIDA. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial. ONUSIDA: Reporte de junio 2002.
24. ONUSIDA: Anatomía de la epidemia. El SIDA no da tregua.
25. OPS / OMS: Vigilancia Epidemiológica del SIDA en las Américas. Informe Trimestral, 10 de Septiembre de 1996, Programa Regional de SIDA / ETS.
26. OPS. El avance del SIDA en América Latina y el Caribe. Acción en SIDA 1997; 29: 10-12.
27. PROCETSS. "Estado de Situación El SIDA en el Perú al año 2000". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS); ONUSIDA. Lima, 2001.
28. ROSADO, Larry. "Investigación en Salud Materna". Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2004.
29. VERA, Lina, Nahyr López, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Rev. Colombia Médica Vol 35(2). 2004.
30. VILLASEÑOR, A. CABALLERO, R. "Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en

adolescentes" Salud Pública Mex 2003;45 supl 1:S73-S80. México DF, 2003.

INTERNET

1. UNFPA. "El estado de la población mundial 2003: el VIH/SIDA y los adolescentes". [en línea] [Fecha de acceso noviembre 15 de 2003]. URL disponible en:
<http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>





ANEXOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Amigo (a) participante, somos profesionales de salud de la Microrred Ampliación Paucarpata, que estamos realizando un estudio sobre el VIH/SIDA. El presente cuestionario lo puedes llenar en forma libre, anónima y voluntaria, te pedimos por favor no señalar tu nombre. Pertenece a un estudio que tiene como uno de sus objetivos que los resultados contribuyan a la identificación de necesidades de educación en salud. Te ruego leas con atención las preguntas que te hacemos y las contestes con toda sinceridad. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideras. Te agradecemos anticipadamente por tu gentil colaboración y por el llenado responsable del cuestionario.

Marca con una X en el casillero que corresponda										
1. E	15	16	17	18	19	Otro.....	2. SEXO	1. Masc ulino	2. Femenino	
DAD									
3. ¿En vives?	¿En qué distrito			4. ¿En qué año de secundaria estás?			Tercero	Cuarto	Quinto	

Instrucciones: Lee cada ítem y marca con un aspa la alternativa que elijas según sea el caso.

1. En relación al SIDA, una de las siguientes alternativas es correcta:	
a) Es una enfermedad pasajera que se puede curar incurable que afecta las defensas del organismo afecta sólo a los homosexuales d) No estoy seguro e) No sé	b) Es una enfermedad c) Es una enfermedad que
2. Señala lo correcto:	
a) Sólo las prostitutas tienen riesgo de contraer el virus del SIDA homosexuales tienen SIDA riesgo de infectarse con el virus del VIH/SIDA	b) Todos los c) Las enfermedades de transmisión sexual aumentan el d) No estoy seguro e) No sé
3. Sobre la forma de contraer SIDA, marca lo correcto:	
a) La mujer embarazada no puede transmitir a su hijo la infección por VIH/SIDA Al momento del parto se puede pasar la enfermedad de madre a hijo la lactancia materna no es posible que se transmita la enfermedad de madre a hijo	b) c)

d) No estoy seguro e) No sé
4. Señala lo correcto
a) Se puede adquirir el virus del SIDA por el contacto con el borde del inodoro o taza del baño b) Si una persona recibe una transfusión de sangre infectada por el SIDA puede contraer la enfermedad c) El virus del SIDA se puede transmitir abrazando a otra persona d) No estoy seguro e) No sé
5. Marca lo correcta
a) Una persona que luce sana es imposible que esté infectada por el virus del SIDA b) Al estornudar y toser se puede transmitir el SIDA c) El virus del SIDA se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales d) No estoy seguro e) No sé
6. Cuando una persona se ve muy enferma por el SIDA puede presentar, señala lo correcto:
a) Tos crónica y/o infecciones respiratorias frecuentes. b) Es raro que haya diarrea crónica c) Aumento de peso d) No estoy seguro e) No sé
7. Si el día de hoy tuvieras relaciones sexuales de riesgo para contraer la infección por el VIH/SIDA, para saber si te contagiaste te harías la prueba de sangre de ELISA para VIH/SIDA?
a) Al día siguiente b) A los tres meses c) A los seis meses d) No estoy seguro e) No sé
8. Marca lo que consideres correcto para prevenir la infección por el VIH/SIDA:
a) Cuando se tiene muchas parejas sexuales es fácil contagiarse del VIH/SIDA b) La buena higiene previene el contagio c) Se puede evitar la infección por el VIH/SIDA haciendo bastante ejercicio d) No estoy seguro e) No sé
9. Marca lo correcta
a) Existe una medicina que previene que tú te contagies con el VIH/SIDA b) Todos los anticonceptivos bien usados protegen contra el contagio del VIH/SIDA c) El condón es la forma segura de protegerse contra el SIDA d) No estoy seguro e) No sé
10. Señala quienes tienen menos riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA
a) Las prostitutas y sus clientes b) Los hombres que tienen sexo con hombres c) Las personas que donan sangre d) No estoy seguro e) No sé

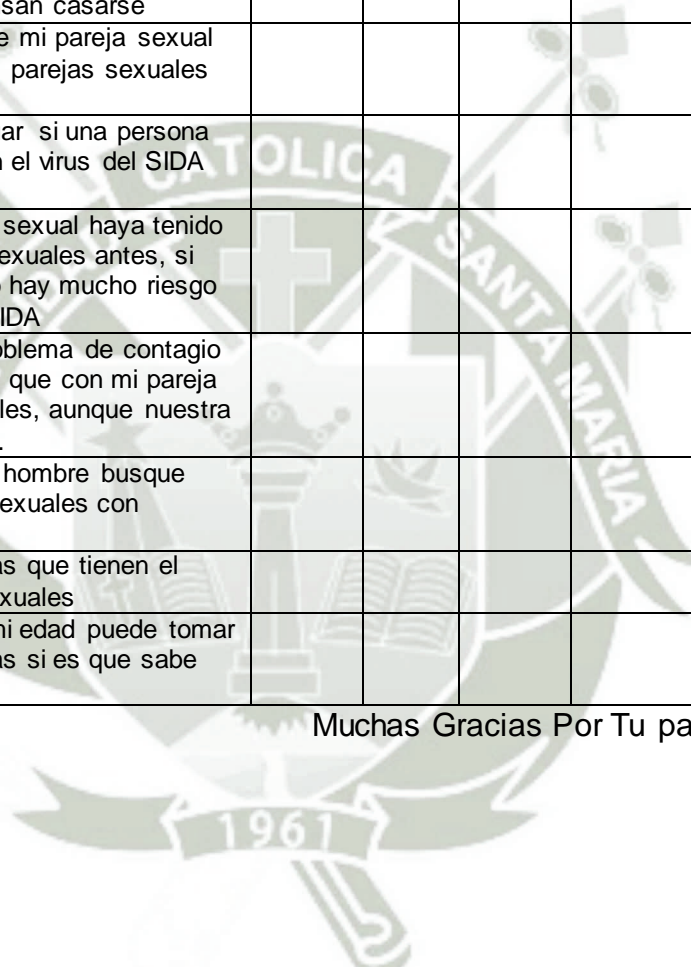
A continuación completa la segunda parte de este cuestionario.

Instrucciones: A través de los siguientes ítems podrás expresar tus opiniones sobre los diferentes aspectos del VIH/SIDA. Lee cada ítem detenidamente pero sin dedicarle mucho tiempo y marca con una X en cada pregunta en el casillero en blanco que refleje tu opinión ya sea que estés Fuertemente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo o Fuertemente en desacuerdo:

	Fuerte mente de acuerd o	De acuer do	Ni de acuerdo ni en desacu erdo	En desacu erdo	Fuerteme nte en desacuer do
Puedo llevar preservativos por si decido tener relaciones sexuales					
Tú puedes pedirle a tu pareja sexual que se haga uso del preservativo si así lo quieres					
Puedo comprar preservativos					
Tener que detener temporalmente el coito para colocar el preservativo interrumpe el placer sexual					
El coito o acto sexual no es tan agradable cuando se usa el preservativo					
Creo que es muy importante usar el preservativo cada vez que mantenga relaciones sexuales					
Es difícil encontrar lugares donde comprar preservativos					
El contraer el SIDA no debería preocuparme					
A los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela					
Me sentiré mal usando el mismo sanitario y asiento que hayan sido utilizados por personas con SIDA					
Me negaría a sentarme junto a una persona con SIDA					
Las personas con SIDA deben ser aisladas por seguridad para otras personas					
A las personas con SIDA se les debe permitir subirse al autobús					

Creo que cualquier persona que se inyecte drogas debe hacerse la prueba del SIDA					
Creo que únicamente los homosexuales deben preocuparse por el SIDA					
Puedo preguntarle a mi pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales					
Es hermoso tener relaciones sexuales antes del matrimonio a cualquier edad si hay amor y respeto					
Las personas pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio si piensan casarse					
Puedo aceptar que mi pareja sexual haya tenido varias parejas sexuales antes que yo					
Tú puedes averiguar si una persona está infectada con el virus del SIDA sólo con mirarla					
Aunque mi pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes, si conmigo es fiel no hay mucho riesgo para contraer el SIDA					
No hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con mi pareja sexual seamos fieles, aunque nuestra relación sea corta.					
Es normal que un hombre busque tener relaciones sexuales con prostitutas.					
Todas las personas que tienen el SIDA son homosexuales					
Una persona de mi edad puede tomar bebidas alcohólicas si es que sabe comportarse					

Muchas Gracias Por Tu participación.



TABLAS EN BLANCO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO: “Conocimientos y actitudes en relación a VIH/SIDA en adolescentes escolares de 15 a 19 años en centros educativos de la jurisdicción de la Microrred Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud, Arequipa-Perú, 2 005.”

TABLA N° 0 (*)	
ÁREA	VARIABLE
V. Demográfica	6 tipos de variables
Conocimientos	5 tipos de variables
Actitudes	4 tipos de variables
(*) Esta tabla no será considerada en el informe, por eso es cero, para no variar la numeración de las otras tablas	

TABLA N° 1		
EDAD	N°	%
15		
16		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 2		
SEXO	N°	%
Masculino		
Femenino		
TOTAL		

TABLA N° 3		
RESIDENCIA	N°	%
Paucarpata		
M. Melgar		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 4		
INSTRUCCIÓN	N°	%
Tercero		
Cuarto		
Quinto		
TOTAL		

TABLA N° 5		
EESS	N°	%
CSAP		
PSMP		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 6		
CENTRO ED	N°	%
BBF		
JCM		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 7		
CONOCIMIEN	N°	%
Definición		
Mec Transmis		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 8		
ACTITUDES	N°	%
Uso condón		
Percep Riesgo		
.....		
TOTAL		

TABLA N° 9		
CONOC+ACT	N°	%
PRESENTE		
AUSENTE		
.....		
TOTAL		



ANEXO II

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SIATEMATIZACIÓN

N°	EES	IE	INFORMACIÓN GENERAL				PARTE I					PARTE II					Pts	CON	ACT	COMP									
			Edad	Sexo	Distr	GI	1	2	5	6	7	8	9	#	1	7					8	9	13	14	25				
1	1	CJ	15	1	Pauca	3	2	2	2	0	2	0	2	0	10	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	0	0	0	
2	1	CJ	19	1	Pauca	3	2	2	0	0	2	0	2	0	10	1	0	1	1	0	1	1	1	0	7	0	0	0	
3	1	BBF	15	1	Pauca	3	2	2	0	2	0	0	0	0	6	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	0	0	0	
4	1	BBF	15	2	Pauca	3	2	0	2	2	0	0	0	0	6	1	0	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	0	
5	1	BBF	15	2	JLBYR	4	2	2	2	0	2	0	0	2	10	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	0	0	0	
6	1	BBF	16	1	Pauca	4	2	2	2	0	0	0	0	0	6	0	1	1	0	1	0	1	1	1	7	0	0	0	
7	2	BBF	15	1	Mno M	4	2	2	2	2	2	0	2	2	14	1	0	0	0	1	1	1	1	1	6	1	0	1	
8	2	JCM	16	2	Pauca	4	2	2	0	0	2	2	0	2	10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0	0	0	
9	2	JCM	15	1	Pauca	5	2	2	0	2	2	0	0	2	10	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	0	0	0	
10	2	JCM	15	1	Pauca	5	2	0	0	2	0	0	0	2	6	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	
11	2	JCM	15	1	Pauca	5	2	2	2	2	0	0	2	2	14	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	1	0	1	
...
649	3	SMP	15	1	Pauca	4	2	2	0	0	2	2	0	8	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	
650	4	SMP	16	2	Pauca	4	2	2	2	2	0	2	0	12	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	5	0	0	0	
651	4	HC	15	2	JLBYR	4	2	2	0	2	0	0	0	6	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4	0	0	0	
TOTAL																													
N°	CSAP Coraz		15	MASC	Paucar	3ro									SI						FAV	SI	FAV	SI					
N°	PSMP Benig		16	FEM	Cayma	4to									NO						DES	NO	DES	NO					
N°	PSNA José		17		Cercado	5to									TOTAL						TOTAL								
N°	PSCM Santa		18		Charac		Conce	Mecanis	C	clin	Diagn	Preven		Condón	Perce	Discrimi	Sit	riesgo											
N°			19		Héroes																								
N°			...		Hunter																								
N°			...		JLBYR																								