

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA SEGÚN EL
SEA-27 EN UNA POBLACION DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL
CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE
LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013”**

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach: EFRAIN ORCSO HUARAYA

Para Optar El Título Profesional de MEDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios.

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

¡Gracias padre amado por permitir una vez más lograr una de mis metas!

A mis padres Eulogio y María.

Por darme la vida y haber estado siempre pendiente de mis luchas diarias, pero más que nada, por la confianza puesta en mí.

A mi hermana y gran amiga Haydeé y la pequeña y encantadora Alina.

Seres maravillosos en mi vida, las cuales están conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, Por siempre demostrarme que todo en la vida se puede lograr y su ayuda incondicional.

A una gran persona; **Emily Kyoko Takahashi Menacho** por su ayuda y apoyo incondicional para el inicio de esta tesis.

AGRADECIMIENTO.

A mis **Maestros**, por sus enseñanzas y su tiempo, por ser unos grandes amigos, por la sabiduría que dejaron en mi persona durante el desarrollo de mi carrera profesional.

En especial al DrJuan Alberto Girón Dappino, asesor de esta Tesis, por haber guiado el desarrollo de este trabajo con paciencia y dedicación para conmigo y así llegar a la culminación del mismo.

Universidad Privada de Tacna y en especial a la Escuela de Ciencias de la salud, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el desarrollo del país.

Y a todas las personas que estuvieron involucrados directa o indirectamente con la realización de esta Tesis.

MUCHAS GRACIAS.

INDICE

INDICE		04
RESUMEN		06
ABSTRAC		07
INTRODUCCIÓN		08
CAPITULO 1	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1	Fundamentación del Problema	10
1.2	Formulación del Problema	12
1.3	Objetivos de la Investigación	12
1.4	Justificación	13
CAPITULO 2	REVISIÓN DE LA LITERATURA.	
2.1	Antecedentes de la investigación	16
2.2	Marco teórico	23
	Generalidades	23
	Los adolescentes y el VIH	27
	Epidemiología del SIDA	30
	La adolescencia aumenta la vulnerabilidad al VIH SIDA	31
	La comunicación del VIH SIDA en la adolescencia	33
	El condón, la prevención y los jóvenes	35
	Estrategias de la OMS frente al VIH en gente Joven	39
CAPITULO 3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1	Hipótesis	41
3.2	Operacionalización de las variables	41
CAPITULO 4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1	Diseño	44
4.2	Población y muestra.	44

4.2.1	Criterios de Inclusión	45
4.2.2	Criterios de Exclusión	45
4.3	Instrumentos de Recolección de datos	45
CAPITULO 5.- PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.		46
CAPÍTULO 6.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		48
RESULTADOS		48
DISCUSIÓN		67
CONCLUSIONES		71
RECOMENDACIONES		72
BIBLIOGRAFÍA		73
ANEXO		78

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la percepción del riesgo de contagio de VIH/SIDA según el SEA-27 en una población de adolescentes de 15 a 19 años del cercado de Tacna. 2013.

MATERIALES Y METODO: Los datos derivan de una encuesta representativa de 213 adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes viven en el cercado de Tacna – Perú, levantada en febrero de 2013, encontramos que tanto los de 16 y 18 años representan el 23,9%, el 51,2% corresponde a los de sexo femenino y el 48,8% restante al sexo masculino.

El estudio utilizó la escala Self-Efficacy for AIDS (SEA-27) ya validada para las Américas. La suma de estos 27 elementos constituye la variable de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA con relación a conductas sexuales de riesgo, que en este trabajo aparece bajo la denominación de escala SEA-27. El estudio se llevó a cabo a través de una encuesta, basada en un diseño observacional, de corte transversal prospectivo en el campo de la salud Pública.

CONCLUSIONES: Según la medición de percepción del riesgo de contagio de VIH SIDA en los adolescentes, el 49,3% tiene una actitud positiva o de seguridad, el 25,8% tiene una actitud negativa o riesgo y un 24,9% presenta una actitud indiferente. Consideran como primera conducta de riesgo a las relaciones coitales con desconocidos (30%), en segunda conducta de riesgo a las relaciones ocasionales (43.7%) y en tercer lugar de riesgo las relaciones coitales bajo presión (42.7%). Se puede concluir que a menor edad se tiene una actitud negativa o de riesgo de contagio, a mayor edad se tiene una actitud positiva o de menos riesgo de contagio, los hombres son los que tienen más riesgo de contagio del VIH, así como los convivientes. El grado de instrucción no influye en la percepción de riesgo. Entendemos entonces que se debe continuar promoviendo estrategias sanitarias que hagan más sencillo el acceso a los adolescentes, brindando servicios de promoción, prevención y tratamiento tanto a los adolescentes que se encuentran en riesgo como aquellos que no lo están.

ABSTRAC

OBJECTIVE: Determine the perceived risk of contracting HIV / AIDS by SEA-27 in a population of adolescents aged 15 to 19 years of fencing Tacna. 2013.

MATERIALS AND METHODS: Data derived from a representative survey of 213 adolescents aged 15 to 19 years old, who live in fencing Tacna - Peru, raised in February 2013, found that both the 16 and 18 represent 23 , 9%, 51.2% corresponds to the female and the remaining 48.8% were male.

The study used the Self-Efficacy scale for AIDS (SEA-27) and validated for the Americas. The sum of these 27 items is the variable of self-efficacy to prevent AIDS in relation to sexual risk behavior, which in this work appears under the name of SEA-27 scale. The study was conducted through a survey based on an observational, cross-sectional prospective in the field of public health.

CONCLUSIONS: According to the measurement of risk perception of HIV infection AIDS among adolescents, 49.3% have a positive attitude or security, 25.8% have a negative attitude or risk and 24.9% with a indifference. Consider first risk behavior to intercourse with strangers (30%) in the second risk behavior occasional relations (43.7%) and thirdly risk coital relations under pressure (42.7%). It can be concluded that the younger one has a negative attitude or risk of contagion, the older one has a positive or less risk of infection, men are the most at risk of HIV infection and the cohabitants . The level of education does not influence risk perception. We understand then that it should continue to promote health strategies to make access easier for adolescents, providing health promotion, prevention and treatment of adolescents who are at risk and those who are not.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹ define la adolescencia como la segunda década de vida del ser humano (de 10 a 19 años).

Este intervalo de la vida se caracteriza por un proceso de transición hacia la vida adulta y, en este recorrido, una de las principales transiciones es el aprendizaje sobre la sexualidad, que no se limita a cuestiones biológicas ni, tampoco, a la primera relación sexual. Se trata de un proceso que involucra la familiarización de representaciones, valores, papeles de género, rituales de interacción y de prácticas presentes en la cultura sexual².

En general, los adolescentes inician la actividad sexual sin el conocimiento de los padres³ y como la sexualidad no se encuentra plenamente legitimada, tienen dificultades para discutir el asunto y utilizar protección contra las Enfermedades de Transmisión Sexual/Virus de inmunodeficiencia humana ETS/VIH y el embarazo. A su vez, la decisión sobre la protección no solo involucra su uso, sino que depende, además, del acceso y manejo de los preservativos que gradualmente se van incorporando al cotidiano del individuo; de la discusión entre las parejas; de la autoconfianza y del apoyo social. Por lo tanto, a pesar de pertinentes, esos aspectos parecen incompatibles con el incipiente aprendizaje sexual durante esa fase de la vida⁴.

Por lo cual, los cursos o programas sobre educación sexual son un avance trascendente para la formación integral de los adolescentes, en los cuales no

¹ World Health Organization. Ayudar a los jóvenes tiene hacer elecciones sanas en materia de sexualidad y de procreation, declara el director general de l'OMS. Ginebra: World Health Organization; 1999.

<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0717-9553201200020000600001&pid=S0717-95532012000200006&lng=es>

² Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth D et al. El aprendizaje de la sexualidade: reproducción y trayectorias sociales de jóvenes brasileños. Río de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.

<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0717-9553201200020000600002&pid=S0717-95532012000200006&lng=es>

³ Brandão ER. Desafíos de la anticoncepción juvenil: interrelación entre género, sexualidad y salud. Cien Saude Colet. 2009; 14(4):1063-71.4.

<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0717-9553201200020000600003&pid=S0717-95532012000200006&lng=es>

⁴ Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade y embarazo en la adolescência entre jóvenes de capas medias de Río de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2006; 22(7): 1421-30.

<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0717-9553201200020000600004&pid=S0717-95532012000200006&lng=es>

solo se brinde información orientada a la prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual, sino también vayan encaminados a la formación de valores positivos sobre una vida sexual segura y responsable. Y aunque no hay ninguna estrategia contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que pueda emplearse en todas partes; la forma de actuar deberá expresar las características epidemiológicas de la infección. No obstante, como casi todas las infecciones por VIH tienen lugar durante la adolescencia, la idea de centrarse en las personas jóvenes se manifiesta como una estrategia decisiva.

Estudios a nivel mundial han demostrado la efectividad del uso de condón en la reducción de las ETS y prevención del VIH⁵. En el Perú, los estudios muestran que se reconoce su importancia, pero su uso es aún reducido. El rol que juega la familia en la información y prevención de las ETS/VIH y el embarazo no deseado es importante. Dentro de los factores que determinan el uso del condón se encuentra la accesibilidad al condón. Para asegurar el “acceso al condón” se requiere conocer cuales son las barreras y buscar medios para facilitar el acceso. Asegurar el acceso a los condones es una estrategia de reconocida efectividad para la prevención de ETS y VIH.

En este estudio enfocamos la prevención desde la autoeficacia para adquirir y mantener conductas que eviten el contagio por VIH. El concepto de autoeficacia se basa en la teoría socio cognitiva de Bandura.⁶ Con autoeficacia nos referimos a la percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA. Según Bandura los cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta.

⁵ Hanenberg R, Rojanapithayackorn W, Kunasol P, Sokal D. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *The Lancet* 1994;243-245.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7913163>

⁶ Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En: Schwarzer R ed, *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere 1992;355-394.
<http://www.scielo.org.mx/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0036-3634200100050000600003&Ing=en&pid=S0036-36342001000500006>

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes. Entre las razones principales figuro que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años⁷.

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la generalidad se contagiaba por la ruta sexual^{8 9}. En México, del total de casos reportadas en el periodo 1993 – 1997, el 1.6% se ubico en grupo de los adolescentes (15 a 19 años de edad), y cuya característica particular es que preponderaba la vía de transmisión sexual; este aspecto esta fuertemente ligado a la prevalencia del 30% que se presento en el grupo de 20 a 29 años, por el periodo de latencia que asciende entre dos y 11 años; y mas recientemente en el 2002 la Secretaría de Salud, reporta que la mortalidad por VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años de edad represento el 0.65% durante este periodo ¹⁰

⁷ ONUSIDA. 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA ONU/OMS (www.unaids.org)

⁸ Caballero Hoyos, R y A Villaseñor Sierra, *Op. Cit.* <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15451.pdf>

⁹ OPS. 1997. Salud de los adolescente. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Americas OPS/OMS Washington D.C. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf

¹⁰ Dirección Generalde Información y Evaluación del Desempeño-Secretaria de Salud. 2003. La Salud de adolescentes en cifras. Salud Pública Méx 45 supl 1: S153-S165. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15456.pdf>

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro¹¹.

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado VIH/SIDA, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta.¹². Las respuestas de la salud pública a las necesidades de estos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a la confusión. Así mismo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los adolescentes, influyen poderosamente en su comportamiento, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud.

¹¹ Rasmussen Cruz B, A Hidalgo San Martín y N Alfaro Alfaro 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Publica Méx 45 supl1:S81-S91 <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15448.pdf>

¹² Marchetti, R y G Rodríguez 1996. Los adolescentes y el SIDA. SIDA/ETS 2:61-64 <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0036-3634200300070001100008&lng=en&pid=S0036-36342003000700011>

1.2 **Formulación del Problema**

¿Cuál es la percepción del riesgo de contagio de VIH SIDA según el Sea-27 en una población de adolescentes de 15 a 19 años del mercado de Tacna (jurisdicción del c.s. metropolitano) de la Microred Metropolitana. Tacna 2013?

¿Cuál será la autoeficacia percibida por el adolescente para prevenir el SIDA?

1.3 **Objetivos de la Investigación**

Objetivo General

Determinar la percepción del riesgo de contagio de VIH/SIDA según el SEA-27 en una población de adolescentes de 15 a 19 años del mercado de Tacna. 2013.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de percepción de riesgo para adquirir el VIH en una población adolescente del mercado de Tacna.
- Identificar las principales conductas asumidas por los adolescentes del mercado de Tacna y su relación con los niveles de percepción de riesgo.
- Identificar los principales factores sociodemográficos asociados a la percepción de riesgo y sus niveles en una población adolescente del mercado de Tacna.

1.4 **Justificación**

Un aspecto atrayente de descubrir en la percepción de los adolescentes, es que no surge una misma argumentación acerca de lo que se concibe como sexualidad, no obstante, la generalidad de los jóvenes concuerdan llanamente que la palabra sexualidad se vincula con relaciones sexuales. Y por el contrario, es poco frecuente el surgimiento de alguna expresión que vaya a razonar la sexualidad desde un marco más extenso y completo¹³.

Además se debe considerar que las prácticas sexuales en los adolescentes, y las particularidades de éstas y la experiencia de la sexualidad sólo son aceptables de ser ilustradas por ellos, al ser aludidas a otros jóvenes. Por lo que esto evidencia que las relaciones sexuales en nuestra cultura, y especialmente en los jóvenes, son una cuestión que encierra cierto grado de tabú, afín a la crítica, la intimidación, al reproche y a lo prohibido. Por otra parte, cuando se hace referencia al hablar acerca del amor, el afecto y lo afectivo que sienten respecto a otra persona, esos sentimientos son valorados diferentes en la relación de pareja.

Así, es viable concebir una barrera sobre la sexualidad, la cual esta emparentada con la vida íntima, que emerge encubierta, y de alguna manera, fraguada en las experiencias de otros adolescentes; lo que repercute en una situación menos amenazante al hablar respecto de lo que ellos hacen o no hacen, y que implica evitar comprometerse personalmente con el tema.

¹³ Córdoba, C. 1999. VIH-SIDA: La mirada de los jóvenes Revista Umbral 2000 No.1: 37 pp

En cuanto a la percepción de riesgo de contraer el virus VIH, se puede decir que por su escaso conocimiento el adolescente podría pensar que es una cuestión fortuita, que acontece sin que los adolescentes logren asimilar un escenario de riesgo y efectuar conductas designadas a impedir la transmisión del virus. La transmisión del VIH se puede dar en cualquier momento, permaneciendo esta situación en manos del destino o del azar, aumentando las probabilidades, si persiste el pensamiento de que es poco probable que les ocurra a ellos mismos. Desde esta perspectiva, los jóvenes no cuentan con suficiente conocimiento del hecho que las personas pueden tomar un papel activo en la prevención de esta enfermedad.

1.5 Definición de términos básicos

- SIDA.- El SIDA se refiere a un grupo de enfermedades que resultan al ser expuestos al VIH. Estas enfermedades se desarrollan porque nuestro sistema de inmunidad (el mecanismo del cuerpo que combate las infecciones) ya no puede hacer su trabajo. Como resultado, el cuerpo se vuelve vulnerable a una variedad de enfermedades, llamadas infecciones oportunistas.
- VIH.- Significa Virus de Inmunodeficiencia Humana. VIH es el virus que causa el SIDA, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Este virus se pasa de una persona a otra por medio del contacto de sangre a sangre o por vía sexual. Las personas con VIH tienen lo que se llama infección del VIH y se les conoce como VIH positivas. La prueba positiva del VIH no significa que la persona tenga SIDA.
- ADOLESCENCIA.- Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. Es una etapa esencialmente de cambios. El Ministerio de Salud ha clasificado dos grupos en la etapa adolescente: El primero entre 10 a 14 años llamada adolescencia temprana y entre los 15 a 19 años llamada adolescencia propiamente dicha.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

En el trabajo realizado por **Renata Holanda Dutra dos Anjos**¹⁴; encontró los siguientes resultados de 207 adolescentes, 43,5% de sexo masculino y 56,5% de sexo femenino. La mayoría de los adolescentes declara haber tenido ya su primera relación sexual al momento del estudio. Se observó déficit de conocimientos sobre transmisión del VIH y prácticas sexuales seguras. A pesar de que exista conocimiento expreso sobre técnicas de uso del preservativo, eso no se refleja en su uso constante. Se observaron valores ligados a representaciones de género, pero se percibe una evolución en cuanto a la autonomía y poder de negociación de las adolescentes sobre el uso del preservativo.

Edna Gómez-Bustamante y Zuleima Cogollo-Milanés¹⁵, en su trabajo realizado en Colombia 2011, Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia; encontraron que de 2 625 estudiantes entre 10 y 20 años que participaron, un total 249 (9,5 % IC95 % 8,4-10,6) respondieron en forma correcta el cuestionario. Ser estudiante de media vocacional (OR 2,62; IC95 % 4,82-13,29) y estudiar en colegio privado (OR 1,32; IC95 % 1,24-3,54), ajustados por

¹⁴ Dutra dos Anjos, Renata Holanda¹⁴; De Souza Silva José Augusto, et al.; Diferencias entre adolescentes del sexo femenino y masculino en la vulnerabilidad individual al VIH. Rio de Janeiro 2012. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400007&script=sci_arttext&tIng=en

¹⁵ Gómez-Bustamante Edna y Cogollo-Milanés Zuleima. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. 2011. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000500006

edad, se asociaron a buen conocimiento en VIH-Sida. Conclusiones Los estudiantes de secundaria de Cartagena presentan un bajo conocimiento sobre el VIH-Sida. El nivel es superior en estudiantes de media vocacional y de colegios privados. Se necesita más investigación y fortalecer la formación en educación en salud sexual y reproductiva.

Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹⁶, en el estudio realizado en el año 2003, encuestaron a 412 jóvenes a través de un formulario tipo CAP. Obtuvieron los siguientes resultados: de los 412 adolescentes encuestados, el 9% no conoce adecuadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA ni su manejo, a diferencia de un 15% que conoce excelentemente estos parámetros; el 98% asume una actitud positiva frente a la enfermedad; el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, como consumir alcohol (15%), sexo con desconocidos (22%) y no usar siempre el condón (82.5%); el 47% considera que su riesgo de contagio es nulo o muy bajo; el 92% afirmó que recibe información sobre sexualidad de manera frecuente, y el medio favorito es la escuela (28.6%), seguido por la familia (23.4%). Conclusiones. Muchos adolescentes no tienen los conocimientos suficientes sobre VIH/SIDA, pero sí asumen una actitud positiva frente al tema. Es necesario educar, a través de canales óptimos, sobre este aspecto, para modificar conductas de riesgo en esta población.

¹⁶ Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹⁶, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA en Adolescentes Escolarizados. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.2003. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81719002.pdf>

Fonseca Ávila, Ana Paola¹⁷. En su trabajo de tipo cualitativo realizado en el año 2009, donde los participantes fueron jóvenes, hombres y mujeres entre los 18 y 27 años. El diseño multimetodológico incluyó redes de asociaciones, entrevistas en profundidad y ejercicios de contrastación de imágenes. Los resultados plantearon la presencia de núcleos figurativos diferenciales para los dos grupos en función de la condición de salud, y que se caracterizaron por la confluencia dinámica de dos sistemas de conocimiento: el del saber científico y el de las normas morales en torno a la sexualidad. Los resultados fueron discutidos a la luz de su relación con el conocimiento científico, la construcción de procesos de estigma y discriminación, y los significados propios de los jóvenes con VIH. Las conclusiones resaltan la naturaleza dinámica de las construcciones sociales del VIH/sida y la necesidad de incorporar una mirada comprensiva de los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en los programas orientados a la atención y apoyo de las personas con VIH..

Palma Alvarez, Kelly Aparecida y Nantua Evangelista, Maria Do Socorro¹⁸, en el estudio realizado con el objetivo de analizar la percepción de riesgo de la infección por el VIH entre adolescentes embarazadas en el Distrito Federal, Brasil, entrevistaron a 336 adolescentes gestantes de edades comprendidas entre 13 y 19 años, atendidas en el sistema público de salud del Distrito Federal, entre abril y noviembre de 2009. En el análisis estadístico se utilizó el

¹⁷ Fonseca Ávila, Ana Paola. Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C: aportes para la comprensión de sus significados y prácticas. Bogotá. 2009. <http://www.bdigital.unal.edu.co/1646/>

¹⁸ Palma Alvarez, Kelly Aparecida y Nantua Evangelista, Maria Do Socorro. Percepción de riesgo de infección por VIH entre adolescentes embarazadas en el Distrito Federal de Brasil. 2012. <http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/similar.php?text=Nuestra%20Juventud%20Adolescente:%20%C2%BF%Cu%C3%A1l%20es%20el%20riesgo%20de%20contraer%20VIH?%20&lang=en>

test χ^2 . La mayoría de las entrevistadas estaban casadas/unión estable, con una iniciación sexual media de 14,9 años de edad, hicieron uso del preservativo en la primera y última relación sexual un 64,0% y un 14,9% respectivamente. El 33,3% de las adolescentes eran conscientes del riesgo de infección por VIH al quedarse embarazadas, recayendo la mayor percepción de riesgo ($p=0,014$) entre las que tuvieron más de un compañero sexual. No se observaron diferencias estadísticas entre la percepción de riesgo y las variables edad, estado civil, cohabitación, escolaridad, religión o frecuencia de uso del preservativo. En conclusión, fue baja la percepción de riesgo de infección por VIH de las adolescentes embarazadas del Distrito Federal.

Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J.¹⁹ , Las intervenciones que demostraron un aumento en la intención de usar preservativos tenían una probabilidad significativamente mayor de tener una base teórica que las que no mostraron ningún cambio significativo en la intención (100 versus 0%, $p = 0.048$). Las intervenciones que aumentaron el uso del preservativo y disminuyeron el número de parejas sexuales fueron más prolongadas que las que no mejoraron estos resultados. El metanálisis ($n = 4$) mostró una disminución significativa en la proporción de participantes que dijeron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual en un seguimiento de 6 ($p = 0.005$) y 12 meses ($p = 0.015$). No se observaron diferencias en la proporción de participantes que siempre utilizaron preservativos. Conclusiones de los autores: Las intervenciones para la reducción del riesgo del SIDA

¹⁹ Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Efectividad de las 40 intervenciones para la reducción del riesgo del SIDA en adolescentes: revisión cuantitativa. *Journal of Adolescent Health* 1997; 20(3): 204-215
<http://apps.who.int/rhl/dare/dare-11997000429/es/index.html>

pueden ser efectivas para mejorar el conocimiento, la actitud y las intenciones conductuales, y disminuir las prácticas de riesgo. La relación positiva entre los mejores resultados y varios elementos del diseño de las intervenciones resalta la necesidad de una mayor focalización en el diseño de intervenciones en estudios futuros.

A nivel nacional

Mariela del Pilar Tavera Palomino²⁰, en su trabajo realizado encontró utilizando una entrevista semiestructurada diseñada para los propósitos de la investigación y un cuestionario adaptado sobre percepción de riesgo (Bayés et al 1995-1996), que las representaciones del VIH/SIDA están plagadas de una afectividad negativa y asociadas permanentemente a la muerte y al sexo y que la percepción de riesgo a la enfermedad es baja en el grupo. Asimismo, existen algunas variables sociales, culturales y situacionales que ejercen una influencia importante en el desarrollo de prácticas de riesgo.

Rosa María Vega Guevara²¹, en su investigación encontró que hubo 12 adolescentes infectadas con el VIH y 245 sin infección. Ningún caso tuvo antecedente de transfusión de hemoderivados, drogadicción y tabaquismo. Edad media de los casos: 17.1. Fueron factores de riesgo: pareja sexual de actividad sexual: 14.1 infectada con VIH (OR: 5.5, IC 95%: 5 (OR: 2.5, IC 95%: 1.6-5.5), sexo³³-5-8.7),

²⁰ Tavera Palomino Mariela del Pilar. Representaciones del VIH/SIDA y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Lima Perú en 2012.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1635>

²¹ Vega Guevara Rosa María. Factores de riesgo para infección por VIH en adolescentes gestantes en el Instituto Materno Perinatal, Lima año 2007.
<http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042482367a01269a953e710360>

número de compañeros sexuales anal receptor (OR: 8.3, IC 95%: 5.6-12.2) y el no usar preservativo (OR: 1.7, IC 95%: 1.1-2.5). No hubo diferencia significativa entre los casos y controles para: historia de úlcera genital, historia de verruga genital, serología para Lues, antecedente de violación y condición socioeconómica. Conclusiones: En gestante adolescente son factores de riesgo para infección por VIH: pareja sexual infectada por VIH 5, sexo anal receptor, número de compañeros sexuales receptor y el no usar preservativo.

Maria del Carmen Cabrera²², en su estudio Efectos de una campaña masiva de educación en el aprendizaje de conocimientos de prevención y mecanismos de contagio del SIDA, en escolares de 5to año de secundaria, de nivel socio-económico medio típico y bajo ascendente, ambos sexos, evaluó el impacto de una campaña masiva de educación sobre SIDA en escolares del distrito de San Martín de Porres. Se trata de la campaña realizada durante 1988 por el Programa Especial de Control del SIDA del Ministerio de Salud de Perú. Concluye que dicha campaña logró sus objetivos tanto por la cobertura lograda, especialmente a través de los spots televisivos, como por el incremento en los conocimientos sobre los mecanismos de contagio, no contagio y prevención de la infección por VIH.

²² Cabrera Maria del Carmen, Efectos de una campaña masiva de educación en el aprendizaje de conocimientos de prevención y mecanismos de contagio del SIDA, en escolares de 5to año de secundaria, de nivel socio-económico medio típico y bajo ascendente, ambos sexos. Lima. 1988., <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&expSearch=75976&indexSearch=ID>

Víctor Soto Cáceres²³, en el estudio Factores asociados a la conducta sexual de riesgo para ETS/SIDA en adolescentes del departamento de Lambayeque-Perú, 1994, encontró que el grado de conocimientos de los adolescentes sobre ETS/SIDA, la actitud sobre sexualidad, el tipo de centro educativo formativo, persistencia del núcleo familiar, el grado de religiosidad y la pertenencia a grupos juveniles se hallan asociados a la conducta sexual de riesgo.

Patricia J. García, Armando Cotrina y César P. Cárcamo²⁴ en el estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón que fue realizado en el año 2004 por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en el marco del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, se llegaron a las siguientes conclusiones: una alta proporción de adolescentes ha escuchado acerca del VIH, SIDA e ITS, siendo la proporción mayor en adolescentes mayores. Una alta proporción reconoce el uso del condón como una forma de protección frente al VIH/SIDA, una menor proporción reconoce el no tener relaciones sexuales como una forma de prevención.

²³ Soto Cáceres Víctor. Factores asociados a la conducta sexual de riesgo para ETS/SIDA en adolescentes del departamento de Lambayeque-Perú, 1994.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxisind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=248747&indexSearch=ID>

²⁴ Patricia J. García, Armando Cotrina y César P. Cárcamo. Estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). 2004. Lima-Perú

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:T--USHAzRUcJ:www.care.org.pe/websites/fondomundial/FORTALECIMIENTO/pdfs/MedicionIIRonda-IFase/1Linea%2520de%2520Base%25202003/VIH/IFinal21-04-05.pdf+Patricia+J.+Garc%C3%ADa+comportamientos+sexuales+y+acceso+a+cond%C3%B3n&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEEShp_L7r9iFfvwshBD3C-wOPn7Q-R53SxW6h8oz1fnkhWLI3h2pOcDNaPykXaNoEw1z636j_EaaVdL8WWetHs0K0ysHZ6VbFsLSdLhBdF_fug7zYiTVRYiCDZklrknGTa5mo2FmY&sig=AHIEtbQ-WPfc8dMKdNEwF9wNYrRcVV2A

Se reconocen mitos como que “la buena higiene” es una forma de prevención, y existe mala información con respecto a la existencia de vacunas contra el VIH. Los y las adolescentes entre 15 y 19 años indican como fuentes de información, en orden de importancia, a: los profesores, la madre, el padre. En cuanto a los/as adolescentes entre 12 y 14 años, para las mujeres la fuente primordial es la madre y para los varones los profesores. La información proveniente de profesores es calificada como insuficiente por un porcentaje alto de adolescentes. Hay una diferencia entre lo que los/as adolescentes señalan como sus fuentes de información actuales y quiénes creen ellos que deberían ser sus fuentes de información principal, poniendo en primer lugar a los padres, especialmente a la madre, e incluyendo al personal de salud y los profesores. Hay una pobre concordancia entre madres e hijos con respecto a cuáles son y cuáles deben ser las fuentes de información de los/as adolescentes sobre sexualidad y relaciones sexuales. Las madres no reconocen el rol de los profesores ni el del personal de salud en esta área.

2.2 **Marco teórico**

Generalidades.-

Casi la mitad de la población del mundo, unos 3.000 millones de personas, tiene menos de 25 años. Entre la población total de adolescentes, 1.300 millones se encuentran en los países en desarrollo y más de 500 millones son niñas adolescentes.

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10

a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta. UNICEF concede una especial importancia a la tarea de llegar a los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos, la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias.

De acuerdo con el ONUSIDA²⁵, se estimaba que para el año 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31.6 millones–35.2 millones] vivían con VIH en el mundo. El análisis por región muestra la mayor concentración de los casos de SIDA en los países de ingreso bajo, el 68% de las personas que vivían con VIH en el 2010 estaban en el África Subsahariana, siendo la región más afectada por la epidemia; es decir 22.9 millones [2.6–24.1 millones] de personas. En segundo lugar se posiciona la región de Asia oriental y sudoriental, con un número estimado de 4,0 millones [3.6–4.5 millones] personas que vivían con VIH. Por otra parte, América Latina, Europa oriental y Asia central se encuentran en tercer lugar con alrededor de 1,5 millones de personas. En este rango de regiones que suman alrededor de un millón de personas se encuentra América del Norte con una estimación total de 1.3 millones [1.0–1.9 millones] de personas.

Para el 2010 era evidente la mejoría de la situación mundial de la epidemia del VIH, para 2010 se registró un total de 2.67 millones [2.46-2.90 millones] de nuevas

²⁵ UNAIDS/WHO, 2010 Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva. http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf

infecciones, lo que representa una disminución porcentual de 15% en comparación a 2001, aunque esta disminución aún no es la deseada. El análisis de la mortalidad indica que para 2010 existieron 1.76 millones [1.59-1.91 millones] de muertes relacionados al SIDA.

La región de América Latina se caracteriza por tener una epidemia relativamente estable. Hacia finales del 2010, el estimado de personas viviendo con el VIH en nuestra región ascendió a 1,5 millones [1,2–1,7 millones]. Este ligero incremento se atribuye parcialmente al aumento en el acceso a tratamiento antirretroviral; que implica esfuerzos de detección cada vez más temprana, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el SIDA.

Más del 70% de las personas viviendo con VIH de Latinoamérica residían en los cuatro países más grandes de la región, Argentina, Brasil, Colombia y México. El número total de las nuevas infecciones, se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio; y ha permanecido estable desde entonces en 100, 000 [73,000-140,000] nuevas infecciones por VIH al año, mientras que se ha reducido el número de muertes anuales relacionadas con la epidemia. Para 2010 se estimaron 67,000 [45,000–92,000] muertes en Latinoamérica.

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú tiende a estabilizarse, manteniendo las características de una epidemia concentrada, donde la población más afectada es la de sexo hombre con hombre (HSH). De acuerdo al sistema nacional de notificación²⁶, en el año 2011 se notificaron

²⁶ Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf.

2895 nuevos casos de VIH, 174 casos menos que el 2010. Desde el año 2000 hasta 2008, el número de casos notificados cada año creció sostenidamente de 1869 casos (año 2000) a 3753 (año 2008). Luego, ha comenzado a descender progresivamente, de modo que en el año 2009 descendió a 3559, en 2010 a 3069 y en 2011 a 2895 casos. La razón hombre mujer de casos de sida se ha mantenido alrededor de 3 desde el año 1998; en 2011 fue de 2.91 hombres por una mujer. El 71% de casos se ha presentado en Lima y Callao que, sumados a los casos de dos ciudades del país (Loreto y Arequipa), representan el 80% de todos los casos registrados en el período de 1983-2011.

La difusión de la epidemia en la población general, en el contexto de una epidemia cuya vía de transmisión es predominantemente sexual, depende en gran medida de cuatro factores: grado de conocimientos, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y uso consistente del condón. En cuanto el nivel de conocimientos que tienen las personas acerca de la transmisión y prevención del VIH, para el período 2010-2011, el dato más reciente es el que proporciona la ENDES 2010²⁷ realizada en mujeres de edad fértil a nivel nacional. Se observa que entre las mujeres de 15 a 24 años la mayoría presenta un conocimiento adecuado sobre las medidas de protección y los medios de transmisión de la infección al analizarlos individualmente, siendo mejor este conocimiento entre las mujeres de 20 a 24 años en comparación a las de 15 a 19 años. No hay datos recientes acerca del nivel de conocimientos de la población

²⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>.

masculina. La última encuesta ENDES para varones fue realizada en el año 2008

Los adolescentes y el VIH.-

Un análisis de la propagación de la epidemia a nivel mundial en términos de grupos etarios, muestra que la población joven es la que mayor número de casos nuevos aporta al total de las cifras. A finales de 2005, se estimó que del total de personas viviendo con VIH a nivel mundial, más de 10 millones eran personas entre los 15 y 24 años, constituyendo más de la Representaciones sociales del VIH/sida en jóvenes de 17 años siendo la cuarta parte del total. Igualmente, se estimó que de los 4.2 millones de casos nuevos presentados en ese año, la mitad correspondían a personas en este grupo de edad²⁸. La estimación para el 2007 indicaba que el 45% de las nuevas infecciones presentadas en ese año estaban representadas por personas jóvenes.

Igualmente, se ha mostrado que dentro de los grupos de alto riesgo frente al VIH un número significativo de personas tienen menos de 25 años y han iniciado sus comportamientos de riesgo durante la adolescencia. En términos generales, estos resultados pueden ser atribuidos al hecho de que en muchas regiones del mundo, los jóvenes poseen un acceso precario a fuentes de información y asesoría, a pruebas diagnósticas, a servicios de atención y a tratamientos contra infecciones de

²⁸ Monasch. R., Mahy, M. (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. En: Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. David Ross, Bruce Dick, Jane Ferguson (Editors). UNAIDS interagency task team on HIV and young people. Recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/ISBN_92_4_120938_0.htm

transmisión sexual²⁹. A pesar de este panorama, se ha reportado una disminución de la prevalencia del VIH en población joven desde el 2000-2001 en 8 de los 30 países más afectados por la epidemia a nivel mundial; Esto puede estar asociado a cambios comportamentales entre los jóvenes, y a la reducción de conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, la información disponible en este aspecto es parcial e incompleta, siendo urgente la necesidad de ampliar las acciones de vigilancia epidemiológica a nivel mundial, teniendo en cuenta que “el futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones”³⁰.

El análisis de las condiciones asociadas a la vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia tiene que ver con la evidencia existente en relación con su comportamiento sexual y reproductivo, caracterizado por el inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas y el uso poco consistente del condón durante las mismas (principalmente entre las mujeres), a pesar de mostrar tasas importantes de conocimientos básicos en torno al VIH y sus mecanismos de transmisión³¹. Frente a esto es importante analizar el hecho de que el aumento en el nivel de conocimiento frente al VIH y los mecanismos de transmisión y protección no se relaciona directamente con un incremento de prácticas de seguras, situación que indudablemente está implicada en la vulnerabilidad de este grupo poblacional y que evidencia la

²⁹ Estrada, J. (2006). Educación formal y VIH/sida. Reflexiones y experiencias de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología.

³⁰ ONUSIDA/OMS. (2006). Situación de la epidemia de sida. Diciembre de 2006. recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EPIslides/2007/2007_epiupdate_es.pdf.

³¹ PROFAMILIA. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C: Profamilia. http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm

complejidad de interacciones involucradas en la infección del VIH entre los jóvenes.

Otras consideraciones importantes tienen que ver con condiciones sociales y demográficas especiales vinculadas al aumento de la vulnerabilidad de los jóvenes. En este aspecto, diversos autores han documentado una mayor vulnerabilidad de jóvenes con escaso nivel educativo, residentes en zonas de alta violencia familiar o social, habitantes de zonas rurales o que se encuentran en situación de desplazamiento por conflicto armado³². Igualmente, el estigma, la discriminación y la exclusión social son situaciones que incrementan la vulnerabilidad de los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales o que se encuentran involucrados en situaciones de discriminación por género.

En 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo. Cada día se contagian 2400 jóvenes, y a nivel mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida. La juventud ha de saber cómo protegerse y debe tener los medios necesarios para ello. Eso incluye preservativos para prevenir la transmisión sexual del virus y agujas y jeringuillas limpias para quienes se inyectan drogas. En la actualidad, entre los jóvenes, solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. Un mejor acceso al asesoramiento y las pruebas del VIH permitirá informar a los jóvenes sobre su serología, les ayudará a obtener la atención que necesitan, y evitará una

³² García R., Luque R., Mcdouall J., Moreno. L. (2006). Infección Por VIH Y SIDA En Colombia. Estado Del Arte. 2000 – 2005. Bogotá: ONUSIDA/Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en: <http://onusida.org.co>

mayor propagación del virus. Cuando las condiciones sociales, culturales y económicas aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por VIH, la estrategia de prevención de la transmisión del virus debe abordar también esos factores para ser eficaz.

Epidemiología del SIDA

A partir de un enfoque holístico, se reconocieron cuatro esquemas de transmisión del SIDA que se distinguieron por el nombre del área territorial en que imperan: África y el Caribe, Estados Unidos de América y Europa Occidental, América Latina y Asia y Oceanía.³³

Sin embargo recientemente en 1995 la OMS ha descrito la distribución de la epidemia en ocho regiones del mundo y cinco patrones de transmisión del VIH/SIDA. En algunos segmentos del mundo como Estados Unidos (EUA) y Europa Occidental, la prevalencia de ocurrencias de enfermos de SIDA en los posteriores años se ha estabilizado, lo que muestra que la cantidad de recientes casos de SIDA equipara a los fallecimientos. En cambio en otras zonas, como el Sudeste Asiático, se exhibe un aumento exponencial en la actualidad^{34 35}.

En este marco de referencia, lo anterior nos señala, que los esquemas de propagación del SIDA afectan

³³ Valdespino Gómez JL, JA Izazola Licea y B Rico Galindo 1988. El SIDA en México: tendencias y proyecciones Bol Of Sanit Panam 105(5-6): 490-495

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=367070&indexSearch=ID>

³⁴ World Health Organization.1994 AIDS global data. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic. Wkly Epidemiol Rec 69:189-196

³⁵ Valdespino Gomez, JL, M de L García García, A Del Río Zolezzi E Loo Mendez, C Magis Rodríguez y RE Salcedo Alvarez 1995. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. Salud Pública Méx 37(6):556-571

redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=106&cvArt=10637611&nombre=Epidemiolog%C3%ADa%20del%20SIDA/VIH%20en%20M%C3%A9xico;%20de%201983%20a%20marzo%20de%201995

substancialmente a homosexuales, con diversos compañeros sexuales, pero a medida que la epidemia progresa, la transmisión aconteció con mayor inclinación en heterosexuales, que cuentan con un número de compañeros sexuales reducido. Los estudios epidemiológicos realizados en el mundo, han confirmado reiteradamente que solo hay tres formas de transmisión del SIDA: (a) por el acto sexual de forma heterosexual u homosexual; (b) contacto con sangre y hemoderivados, semen u órganos de donantes y (c) finalmente de madre a hijos, durante o seguidamente después del parto³⁶.

La adolescencia aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA

En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos³⁷.

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son

³⁶ Organización Mundial de la Salud 1988. Criterios para los programas de detección del VIH. Bol Of Sanit Panam 105(5-6): 709-717

³⁷ Pineda Leyva, T de J, MT Ramos Cavazos, MA Frias Contreras y PC Cantú Martínez 2000. Encuesta sobre Salud Reproductiva en Estudiantes Adolescentes de Educación Media Superior en Monterrey, N. L. (México) Revista Salud Publica y Nutricion Vol. 1 No. 4 (www.uanl.mx/publicaciones/respyn)

invulnerables. En estudios realizados en estudiantes, solo un 26% de estos, varones entrevistados, se consideraban en alto riesgo de contraer el VIH/SIDA, pese que el 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo³⁸.

Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones.

La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual mas libre de riesgo, por ejemplo, las mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar anticonceptivos.

En algunos lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras que otros han dicho que si se infectaran, serian otros los responsables y no ellos. Algunos jóvenes hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA.²⁰

En los Estados Unidos investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH/SIDA tenían la probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados para adoptar un comportamiento de alto riesgo como practica de relaciones sexuales sin protección y compartir con otros la agujas para inyectarse drogas.²⁰

³⁸ Kiragu, K. 2001 Yputh and HIV/AIDS: Can we avoid catastrophe?. Population Reports Series L, No. 12 Baltimore. The Johns Hopkins University Bloomberg School of public Health Population in Formation Programs (www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12edsum.shtml)

La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte por que es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aun los jóvenes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja.

Algunos jóvenes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodos con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que necesiten anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos.

Los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección.

La comunicación del VIH/SIDA en la adolescencia

Se reconoce el papel fundamental que juega la comunicación en la adolescencia, principalmente con los padres y amigos, ya que esta influye en la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes ³⁹ ⁴⁰.

En su mayoría los jóvenes adolescentes son considerablemente sensibles, tocante a la opinión de sus iguales, la percepción de lo que piensan los compañeros

³⁹ Maddaleno, M, P. Morello y F Infante Espinola 2003. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década Salud Pública Méx 45 supl 1: S132-139.

⁴⁰ Pineda Leyva, T de J, MT Ramos Cavazos, MA Frias Contreras y PC Cantú Martínez 2001 La interrelación familiar y la práctica de relaciones sexuales en adolescentes. Revista Salud Publica y Nutricion Vol. 2 No. 1 (www.uanl.mx/publicaciones/respyn).

tiene por lo común mayor influencia en el comportamiento sexual o en cualquier otro tipo de comportamiento arriesgado, comparado con las opiniones de los padres y otros adultos. De tal forma que se ha observado en estudios que el 29.5% de los jóvenes prefieren hablar con sus amigos, sobre el VIH/SIDA, mientras que un 18.5% recurren a sus maestros, y un 15.7% prefieren no hablar sobre este tema.; cabe destacar que se hace referencia que solo un 4.4% platican con sus padres⁴¹.

En este aspecto, estudios han revelado que existe un consenso alto en los conocimientos de VIH/SIDA entre los diferentes estratos socioeconómicos y entre géneros. Sin embargo el mayor nivel de consenso fue manifiesto en los estratos superiores, por lo cual se puede inferir que existe una heterogeneidad, solventada en la diferenciación socioeconómica.

Por lo cual, al diseñar los programas de atención para los adolescentes, se considere el nivel social al que pertenece. Para aquellos del segmento alto las estrategias se dirigirán a los padres a fin de que trasmitan la información a sus hijos, mientras que a los segmentos sociales desfavorecidos, donde los padres no aparecen como interlocutores, acaso la estrategia más segura sea la instrucción entre jóvenes.

⁴¹ Gayet, C. CA Rosas, C Margis y P Uribe 2002. Con qué hablan los adolescentes mexicanos de SIDA. Salud Pública de Méx 44: 122-128

El condón, la prevención y los jóvenes

Muchos estudios alrededor del mundo han demostrado la efectividad ⁴² del uso del condón en la reducción de las ETS y prevención del VIH. Sin embargo la evidencia es que en nuestro medio, a pesar que la población joven y adulta reconoce su importancia, su uso es aún bajo.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996 reportó que la mayoría de mujeres (95%) y varones (96%) que han tenido relaciones sexuales y han escuchado acerca del VIH conocen acerca de los condones, sin embargo solo 6% de mujeres y 4% varones mencionó, haber usado condón en su última relación sexual con el propósito de prevenir una ETS.

En el estudio sobre conocimiento actitudes y prácticas y creencias sobre sexualidad de gente joven en Lima elaborado por Ccr International Research S A (CCR) para el programa de control de enfermedades de transmisión sexual y sida (PROCETSS⁴³)

En 1999, que incluyó jóvenes entre 10 y 24 años, un total de 800 (241 niños y 549 adultos), se encontró que el 95% manifestó haber visto alguna vez un condón, 91% lo asociaba a prevención de embarazos no deseados, 67% a prevención de ETS y solo 34% a prevención de SIDA.

En el Estudio Prevención Comunitaria de Enfermedades de Transmisión Sexual PREVEN⁴⁴ , se preguntó acerca de uso de condón, diferenciando por el tipo de pareja sexual. Sólo el 11% de mujeres y 16% de varones refirieron uso

⁴² Holmes K, Levine R, Weaver M. NIAID Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention 2001. Bull of the World Health Organization 2004;82:454-61.

⁴³ Estudio de conocimientos, actitudes, prácticas y creencias sobre sexualidad en gente joven. Lima, Perú: Information Resources Inc / PROCETSS, 1999.

⁴⁴ UPCH. Proyecto PREVEN: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.

consistente de condón con parejas casuales. El 68% de los jóvenes que tienen sexo con otros hombres no usan consistentemente condón con sus parejas, y el 55% no usa condón consistentemente con trabajadoras sexuales.

Cuando se habla acerca del uso del condón, y factores que se asocian, hay una serie de aspectos que deben considerarse:

- a) su uso involucra al menos a dos personas, lo que implica que ellos deben poseer las capacidades de negociación para proponer su uso y finalmente usarlo,
- b) se requiere tener clara la información de su utilidad (“creer en el condón”) y saber cómo se usa (consistentemente, es decir en todas las relaciones sexuales, y desde el inicio de los juegos sexuales),
- c) se requiere que deseen usarlo
- d) se requiere tener acceso al condón.

Si bien los primeros aspectos pueden trabajarse a través de información, educación, cambios de comportamiento, el acápite d) “acceso al condón”, requiere conocer cuales son las barreras, y buscar medios de facilitar el acceso.

Varios estudios coinciden en que frecuentemente se reporta a las farmacias o boticas como una de las fuentes más importantes para acceder a condones.

Los servicios del Ministerio de Salud proveen también de condones pero fundamentalmente como un método anticonceptivo y usualmente a mujeres adultas que son las que acuden a los servicios, y que además depende de la disponibilidad del insumo.

En un estudio realizado por Kallpa que evaluó el itinerario del acceso al condón en adolescentes de Lima; Cusco e

Iquitos, se encontró que en el itinerario aparecen tres actores principales, la farmacia, los amigos y los establecimientos de salud. Los varones adolescentes tienen ventajas con respecto a las mujeres, para la población es natural que un varón busque o solicite preservativos. Las mujeres se sienten avergonzadas. Se encontró además que si les niegan los condones, no son capaces de exigirlos, si les hacen preguntas, se avergüenzan, y muchas veces el temor a enfrentarse a esa situación hace que muchas veces ni intenten buscarlos. Las farmacias, después de los amigos son los principales proveedores, acuden a ellas a pesar del miedo, poca seguridad, no muy buen trato y la poca información que le dan.

Poco se ha hecho sin embargo en nuestro país en intervenciones para mejorar esta interacción farmacia-cliente joven que busca condón o información. Los estudios pioneros en el país de entrenar trabajadores de farmacias y boticas⁴⁵ en prevención de ETS y promoción de uso de condones demostraron factibilidad de este tipo de estrategia, y permitieron conocer el otro lado de la interacción: a los trabajadores de farmacias y boticas, que a pesar de tener buenas intenciones carecen de entrenamiento y están llenos de mitos y estigmas para con los adolescentes sexualmente activos. El estudio PREVEN está trabajando en 10 ciudades del país estrategias de prevención de ETS que incluyen el entrenamiento de trabajadores de farmacias y boticas en consejería, promoción del uso de condón y otros aspectos. Lo importante es como luego asegurar la sostenibilidad y la implementación de estas estrategias a nivel nacional.

⁴⁵ García P, Gotuzzo E, Hughes J, Holmes K. Syndromic management of STDs in pharmacies: evaluation and randomised intervention trial. *Sex Transm Infect* 1998;74(Suppl 1):S153-158.

Otro esfuerzo para mejorar la accesibilidad a los condones lo dio el Programa Nacional de Control de las ETS y SIDA (PROCETSS) en 1997, cuando introdujo un artículo en la ley CONTRASIDA⁴⁶ en la que se especificaba que “...los establecimientos donde de conformidad a las disposiciones legales vigentes, se realice actividad sexual, así como los establecimientos de hospedaje como Hoteles, Apart-Hoteles, hostales, albergues y similares, tienen la obligación de establecer puntos de venta de condones.” (Artículo N° 25) En el artículo 26 se especifica: “... en el marco de las actividades orientadas al cambio hacia conductas de menor riesgo, la Autoridad de Salud en coordinación con las Autoridades regionales, subregionales y locales, promoverá el expendio de condones en Centros nocturnos, cabarets, boites, discotecas y similares, cualquier establecimiento de venta de bienes o servicios podrá expender condones que cuenten con Registro Sanitario, sin que ninguna autoridad Nacional, regional o local pueda exigir requisito adicional para su promoción y expendio.” Sin embargo, la implementación y el monitoreo de estas medidas quedaron sueltas.

En un estudio realizado financiado por el World AIDS Foundation⁴⁷ acerca de la Factibilidad de Mercadeo social del Condón para la prevención de las ETS/VIH, se recogió información muy interesante de los jóvenes participantes. Una condición frecuentemente referida es que los varones, especialmente los más jóvenes no compran los condones con anticipación, muchas veces se deciden una vez que

⁴⁶ Reglamento de la Ley CONTRASIDA, 1997.
http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH_SIDA/nomas_vih_sida/ley_26626.pdf

⁴⁷ Goicochea P, Bernaldes J, García P. Social Marketing of STD / AIDS Prevention Packet, Feasibility Study (Final Report). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Wellcome Trust, 2000.

han contactado a alguien. Eso obviamente es un problema por que si es muy tarde no hay donde comprarlo y solo a veces se pueden conseguir prestándose uno de un amigo.

Estrategia de la OMS frente al VIH en gente joven

La OMS está trabajando para fortalecer y acelerar la respuesta del sector salud para la prevención de VIH a nivel de país en los/las jóvenes, facilitando que una amplia gama de actores maximicen sus contribuciones en una respuesta integral para lograr las metas globales.

Esta intervención se centrará en lo siguiente:

- **Sistematizar información estratégica:** Fortalecer la capacidad de los países para recolectar, analizar y diseminar datos necesarios para el desarrollo de programas, políticas y abogacía, centrándose en el VIH y áreas relacionadas (salud sexual y reproductiva, alcohol/drogas, violencia), a través de indicadores biológicos, conductuales, determinantes y programáticos.
- **Servicios y suministros:** Aumentar el acceso de los/las jóvenes a la información en VIH y a los servicios de salud, incluyendo consejería; reducir la vulnerabilidad a través del uso de preservativos y reducción de daño, ofreciendo un diagnóstico temprano (prueba) y tratamiento/cuidado de las ITS y el VIH. Se espera la participación de proveedores de salud capacitados que trabajen en diferentes entornos VIH, y al interior de un sistema de salud fortalecido; promover la participación juvenil y comunitaria, incluyendo un enfoque universal sobre todos los/las jóvenes, y en especial sobre los grupos vulnerables en entornos específicos.
- **Sustentar un ambiente de políticas propicio:** Asegurar que el sector salud provea una base de evidencia y

ejemplos de buenas prácticas, en relación a los temas que promueven o dificultan el desarrollo y la implementación de políticas y programas eficaces para la prevención y el cuidado del VIH en jóvenes.

- Fortalecer la relación con otros sectores: Movilizar y apoyar acciones con otros sectores y actores.

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se consigna hipótesis estadísticas.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
EDAD	AÑOS	1. 15 años 2. 16 años 3. 17 años 4. 18 años 5. 19 años	Razón
SEXO		1. Masculino 2. Femenino	Nominal
ESTADO CIVIL	Condición civil al momento del estudio	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente	Nominal
Nº DE PERSONAS QUE VIVEN EN TU CASA	Total de personas que viven con él, incluyéndolo	1. 1 personas 2. 2 a 4 personas 3. 5 a 6 personas 4. Mas de 7 personas	Razón
VIVEN OTROS PARIENTES O HERMANOS CASADOS EN SU CASA	Parientes casados que viven con el adolescente	1. Si 2. No	Nominal
ULTIMO GRADO ESCOLAR TERMINADO	Ultimo año de estudios aprobado	1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. 1º de secundaria 4. 2º de secundaria 5. 3º de secundaria 6. 4º de secundaria 7. 5º de secundaria	Nominal
ESTUDIAS ACTUALMENTE		1. Si 2. No	Nominal
TRABAJAS ACTUALMENTE	Actividad económica remunerada	1. Si 2. No	Nominal
A. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Escala SEA-27	1. Nada seguro 2. Algo seguro 3. Medio seguro 4. Muy seguro 5. Totalmente seguro	Ordinal

B. ¿Qué tan seguro estas capaz de...?	Escala SEA-27	1. Nada seguro 2. Algo seguro 3. Medio seguro 4. Muy seguro 5. Totalmente seguro	Ordinal
C. ¿Qué tan seguro estas capaz de...?	Escala SEA-27	1. Nada seguro 2. Algo seguro 3. Medio seguro 4. Muy seguro 5. Totalmente seguro	Ordinal
D. Expresa el grado de acuerdo que tengas...	Escala SEA-27	1. Nada seguro 2. Algo seguro 3. Medio seguro 4. Muy seguro 5. Totalmente seguro	Ordinal
FUENTE DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD	Escala SEA-27	1. Amigos 2. Libros 3. Revistas 4. Periódicos 5. Televisión 6. Escuela 7. Papá 8. Mamá	Nominal
SOBRE QUE TEMA LABORAL TE GUSTARÍA TENER MAS INFORMACIÓN?	Escala SEA-27	Pregunta abierta con respuesta de libre exposición	Nominal
QUIÉN TE HA PROPORCIONADO INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE CONSIDERAS MAS IMPORTANTE	Escala SEA-27	Pregunta abierta con respuesta de libre exposición	Nominal
HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES	Escala SEA-27	1. Si 2. No	Nominal
SITU RESPUESTA ES SI: ¿UTILIZASTE CONDÓN EN TU PRIMERA RELACION SEXUAL?	Escala SEA-27	1. Si 2. No	Nominal
¿A QUE EDAD FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?	Escala SEA-27	Se consignará la edad exacta	Nominal
TU PRIMERA RELACION SEXUAL FUE...	Escala SEA-27	1. Algo planeada 2. Algo no planeada	Nominal

EN QUE LUGAR FUE TU PRIMERA RELACION SEXUAL	Escala SEA-27	1. En una casa 2. En un auto 3. En un hotel 4. En despoblado 5. En la calle 6. Otro ¿Cuál?	Nominal
NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES	Escala SEA-27	Se consignará el número proporcionado por el adolescente	Razón
UTILIZAS CONDONES EN TUS RELACIONES SEXUALES	Escala SEA-27	1. Si 2. No	Nominal
MENCIONA LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA CUAL NO SE USÓ EL CONDÓN EN ALGUNA DE SUS RELACIONES SEXUALES (O EN TODAS)	Escala SEA-27	Pregunta abierta con respuesta de libre exposición	Nominal
CUAL CREES QUE ES LA EFECTIVIDAD DEL CONDÓN CUANDO SE UTILIZA CORRECTA Y ADECUADAMENTE	Escala SEA-27	1. 95 al 100% 2. 90 al 100% 3. Menos del 90%	Ordinal
DE LAS SIGUIENTES OPCIONES, SELECCIONA EN BASE A SU IMPORTANCIA LAS TRES QUE CONSIDERES DE MAS RIESGO. ESCRIBE EN EL PARENTESIS LA LETRA QUE CORRESPONDA A TU RESPUESTA	Escala SEA-27	() La de 1º lugar en riesgo. () La de 2º lugar en riesgo. () La de 3º lugar en riesgo.	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Estudio observacional, de corte transversal prospectivo en el campo de la salud Pública.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población:

El ámbito de estudio fue el cercado de Tacna, jurisdicción del C.S. Metropolitano, el cual pertenece a la Red de Salud de Tacna, de la provincia de Tacna, distrito de Tacna, en el primer nivel de atención. Obteniéndose una población de 3500 adolescentes para este estudio.

Muestra:

La muestra fue probabilística, bietápica y estratificada, teniendo como unidad primaria de muestreo a las Juntas Vecinales de la jurisdicción. Y como unidad secundaria a los hogares.

La unidad de análisis del estudio fueron el adolescente mayor de 14 años: entre 15 y 19 años de edad.

La información para la construcción del marco muestral fue proporcionada por la Unidad de Estadística del Ministerio de Salud.

El tamaño inicial de la muestra fue estimado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%. El factor de corrección por efecto de diseño complejo incluido en el cálculo inicial de la muestra fue estimado en 2 y el ajuste

por la Tasa de no respuesta (TNR) se fijó en 15%, teniendo en cuenta la experiencia de estudios anteriores; lo que, además de incrementar el tamaño de la muestra, permite realizar estimaciones con una mayor precisión que las que se obtienen por muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N= 3500

Z: 1.96

p: 0.18

n = 213

Por lo tanto se trabajó con 213 adolescentes con edades de 15 a 19 años de ambos sexos, en relación 0.95 hombres por cada mujer.

4.2.1. Criterios de Inclusión

- a. Adolescentes de 15 a 19 años (adolescencia propiamente dicha)
- b. Ambos sexos
- c. Adolescentes que comparten el mismo techo se seleccionará al mayor.
- d. Hogares de la jurisdicción del cercado de Tacna (Microrred Metropolitana) que representa el 80% de la población regional.

4.2.2. Criterios de Exclusión

- a. Adolescentes que no pertenezcan al hogar o estén de visita
- b. Adolescentes de 14 años o menos (adolescencia temprana) por estar en el grupo de atención pediátrica.
- c. Los que se niegan a participar.

4.3. Instrumentos de Recolección de datos. (anexos)

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó la escala Self-Efficacy for AIDS (SEA-27)^{48 49 50} ya validada para las Américas. La suma de sus 27 elementos constituye la variable de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA con relación a conductas sexuales de riesgo, que en este trabajo aparece bajo la denominación de escala SEA- 27. Al ajustarse a una distribución normal, una vez estandarizada con base en su media y desviación estándar se puede considerar una variable numérica en una escala de intervalo. Se midió la actitud hacia el uso de los preservativos y planificación sexual con base en 10 variables de orden. Están construidas como reactivos tipo Likert con una variación de cinco puntos.

Para la escala de medición del riesgo o percepción del mismo se trabajó con:

Media		85.2066
Std. Deviation		46.97113
Percentiles	25	59.0000
	50	86.0000
	75	124.0000

Utilizándose la escala percentilar para generar los grupos:

Actitud positiva: 87 a más

Actitud indiferente: 60 – 86

Actitud negativa (inseguridad): 0 - 59

Las escalas también se dicotomizaron en dos grupos:

Actitud positiva (seguridad): 87 a más

Actitud negativa (inseguridad): 0 – 86 (que incluyo el grupo indiferente que por fines de salud pública se considera de riesgo al no tener una actitud hacia positiva)

⁴⁸ ONUAIDS. The Global strategy framework on HIV/SIDA. Ginebra, Suiza: ONUAIDS, 2009.

⁴⁹ Kasen S, Vaugahan RD, Walter. Self-Efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. Health Educ Quaterly HJ 1992;19:187-202. <http://her.oxfordjournals.org/content/14/1/25.long>
50 Fuensanta López-Rosales, Dra. en Psic. Y Col. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2001/V43%20N5/VALIDACION%20DE%20UNA%20ESCALA.pdf

Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona será obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicará las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentan en cuadros tabulares y con gráficos del programa SPSS versión 10. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

CAPITULO VI
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE
TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED
METROPOLITANA. TACNA 2013**

		N	%
Edad	15	31	14,6%
	16	51	23,9%
	17	34	16,0%
	18	51	23,9%
	19	46	21,6%
	Total	213	100,0%
Sexo	Masculino	104	48,8%
	Femenino	109	51,2%
	Total	213	100,0%
Estado Civil	Soltero	191	89,7%
	Coinviviente	22	10,3%
	Total	213	100,0%
Grado de instruccion alcanzado	Primaria completa	7	3,3%
	Secundaria incompleta	74	34,7%
	Secundaria completa	105	49,3%
	Superior Incompleta	27	12,7%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 1, se observa la distribución de frecuencia según características sociodemográficas de los adolescentes. Respecto a la edad encontramos que tanto los de 16 y 18 años representan el 23,9%, seguidos de los de 19 años con el 21,6%, el 51,2% corresponde a los de sexo femenino y el 48,8% restante al sexo masculino. El 89,7% son solteros y un 10,3% son convivientes. El grado de instrucción que mas predomina es la secundaria completa en el 49,3% de los casos, seguido del 34,7% con secundaria incompleta siendo en menor proporción aquellos que tiene primaria completa con el 3,3%.

TABLA 2**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN FAMILIARES QUE VIVEN CON LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013**

		N	%
Total de personas que viven en su casa	1 A 5 personas	147	69,0%
	6 a mas	66	31,0%
	Total	213	100,0%
Viven en su casa otros parientes o hermanos casados?	Sí	44	20,7%
	No	169	79,3%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 2, se observa la distribución de frecuencia según familiares que viven con los adolescentes. Encontramos que el 69% refiere que viven en su casa de 1 a 5 personas y el 31% restante vive con 6 a más personas. El 79,3% refiere que no viven en su casa otros parientes o hermanos casados, mientras que el 20,7% restante manifiesta que si.

TABLA 3

CONDICIÓN DE ESTUDIO Y TRABAJO ACTUALMENTE DE LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		Trabaja actualmente					
		Si		No		Total	
		N	%	N	%	N	%
Estudia Actualmente	Si	41	27.5%	149	78.5%	190	100%
	No	5	21.7%	18	78.3%	23	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 3, condición de estudio y trabajo actual de los adolescentes, encontramos que el 27.5% de los estudiantes estudian y trabajan a la vez mientras que el 21,7% restante no estudia pero si trabaja, el 78.5% de los que si estudian no trabajan y el 78.3% de los que no estudian tampoco trabajan.

TABLA 4

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DEL RIESGO DE
CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE
TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED
METROPOLITANA. TACNA 2013**

		N	%
PERCEPCION DE RIESGO	ACTITUD NEGATIVA	108	50.7%
	ACTITUD POSITIVA	105	49,3%
	TOTSL	213	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 4 podemos observar que según la percepción del riesgo de contagio de VIH SIDA en los adolescentes, el 49,3% tiene una actitud positiva o de seguridad, el 50,7% tiene una actitud negativa o riesgo.

TABLA 5

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERCEPCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		PERCEPCION DE RIESGO						p
		ACTIUTUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Edad	15	17	54,8%	14	45,2%	31	100,0%	0,00
	16	26	51,0%	25	49,0%	51	100,0%	
	17	20	58,8%	14	41,2%	34	100,0%	
	18	38	74,5%	13	25,5%	51	100,0%	
	19	7	15,2%	39	84,8%	46	100,0%	
	Total	108	50,7%	105	49,3%	213	100,0%	
Sexo	Masculino	77	74,0%	27	26,0%	104	100,0%	0,00
	Femenino	31	28,4%	78	71,6%	109	100,0%	
	Total	108	50,7%	105	49,3%	213	100,0%	
Estado Civil	Soltero	86	45,0%	105	55,0%	191	100,0%	0,00
	Coinviente	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%	
	Total	108	50,7%	105	49,3%	213	100,0%	
Grado de instruccion alcanzado	Primaria completa	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%	0,209
	Secundaria incompleta	42	56,8%	32	43,2%	74	100,0%	
	Secundaria completa	54	51,4%	51	48,6%	105	100,0%	
	Superior Incompleta	9	33,3%	18	66,7%	27	100,0%	
	Total	108	50,7%	105	49,3%	213	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 5 observamos la percepción del riesgo según las características demográficas y, encontramos que la edad que percibe mayor riesgo de contagio son los adolescentes de 18 años con el 74,5%, seguidos de los de 17 años con el 58,8% mientras que los adolescentes que tienen una actitud positiva y por ende menor percepción de riesgo de contagio son los de 19 años, en el 84,8% de los casos; encontrando que entre estas dos grupos existe una diferencia estadística significativa ($p=0,00$). Respecto al sexo los que presentan una actitud de mayor riesgo son los hombres con el 74%, mientras que aquellas que tienen una actitud positiva con un menor riesgo son la mujeres con el 71,6%, encontrándose una diferencia altamente significativa

con un valor $p=0,00$. El estado civil de conviviente presenta en el 100% de los casos una actitud negativa o de riesgo de contagio, mientras que el 55% de los que presentan una actitud positiva es decir con menor riesgo son solteros, aquí también encontramos una diferencia significativa entre el estado civil y la percepción del riesgo ($p=0,00$). Respecto al grado de instrucción no se encontró una diferencia altamente significativa entre el grado de instrucción y la percepción de riesgo ($p=0,209$). En resumen se puede concluir que a menor edad mayor riesgo de contagio del VIH, a mayor edad menor riesgo de contagio; los hombres son los que tienen más riesgo de contagio del VIH, así como los convivientes. El grado de instrucción no influye en la percepción de riesgo.

Cabe destacar que la variable “percepción del riesgo” se ha dicotomizado, juntando los grupos de percepción negativa e indiferente por ser ambos de riesgo, como se decidió en la parte metodológica antes descrita.

TABLA 6

CONVIVENCIA EN EL HOGAR, ESTUDIO Y TRABAJO SEGÚN PERCEPCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		PERCEPCION DE RIESGO					
		ACTITUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total	
		N	%	N	%	N	%
Total de personas que viven en su casa	1 A 5 personas	77	52,4%	70	47,6%	147	100,0%
	6 a mas	31	47,0%	35	53,0%	66	100,0%
Viven en su casa otros parientes o hermanos casados?	Sí	19	43,2%	25	56,8%	44	100,0%
	No	89	52,7%	80	47,3%	169	100,0%
Estudia Actualmente	Sí	85	44,7%	105	55,3%	190	100,0%
	No	23	100,0%	0	0,0%	23	100,0%
Trabaja actualmente	Sí	27	58,7%	19	41,3%	46	100,0%
	No	81	48,5%	86	51,5%	167	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 6, podemos observar que los adolescentes que conviven en su casa con 1 a 5 personas, tienen una actitud negativa o de riesgo el 52,4% de los casos. Los que viven con más de 6 personas el 47% manifiesta una actitud negativa o de riesgo. Del total de adolescentes que no viven con otros parientes más en casa, el 52,7% muestran una actitud negativa o de riesgo, mientras que en el grupo que si viven en su casa con otros parientes, el 56,8% muestran una actitud positiva o de menor riesgo. El 100% de los adolescentes que no estudian actualmente tienen una actitud negativa o de riesgo de contagio, mientras que el 55,3% de los adolescentes que si estudia tienen una actitud positiva o de menor riesgo. El 58,7% de los adolescentes que trabajan actualmente presentan una actitud negativa o de riesgo de contagio y el 51,5% de los adolescentes que no trabajan tienen una actitud positiva o de menor riesgo de contagio.

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN COMO OBTUVO INFORMACIÓN
SOBRE SEXUALIDAD LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA
(JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED
METROPOLITANA. TACNA 2013**

		n	%
La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste de	Escuela	104	48,8%
	Amigos	86	40,4%
	Libros	57	26,8%
	Televisión	33	15,5%
	Revistas	22	10,3%
	Mamá	21	9,9%
	Periódicos	14	6,6%
	Todas las anteriores	12	5,6%
	Papá	7	3,3%
	Todas las anteriores excepto padre y madre	6	2,8%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 7, se observa la distribución de frecuencia según como obtuvo información sobre sexualidad el adolescente. Encontramos que el 48,8% aprendió en la escuela, seguido del 40,4% que lo aprendió de amigos, un 3,3% del papá y un 2,8% de todas las anteriores excepto padre y madre.

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TEMA DE SEXUALIDAD QUE QUISIERAN TENER MAS INFORMACIÓN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		N	%
Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más información	Todo sobre enfermedades y prevención	94	44,1%
	Cuidados y métodos anticonceptivos	85	39,9%
	Masturbación	8	3,8%
	Inicio de la vida sexual	7	3,3%
	De la mujer y todo de ella	6	2,8%
	Punto G de la mujer	5	2,3%
	Los orgasmos (hombres-mujeres)	4	1,9%
	Todo	4	1,9%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 8, distribución de frecuencia según el tema de sexualidad del que quisiera tener mas información, encontramos que el 44,1% quisiera saber todos sobre enfermedades y prevención, el 39,9% cuidados y métodos anticonceptivos y el menor porcentaje (1,9%) sobre el orgasmo (tanto hombres como mujeres) y todo sobre sexualidad.

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		N	%
Has tenido relaciones sexuales?	No	173	81,2%
	Sí	40	18,8%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 9 y gráfico 01, distribución de frecuencia según inicio de relaciones sexuales, el 81,2% de los adolescentes refiere no haber tenido relaciones sexuales y el 18,8% manifiesta que sí.

GRAFICO 1

INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA

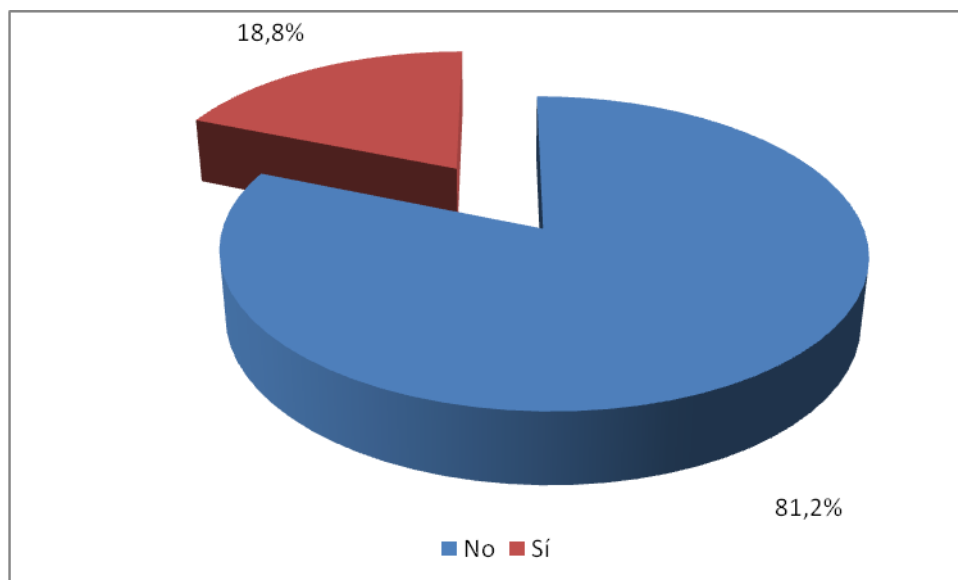


TABLA 10

INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y PERCEPCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCION DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		PERCEPCION DE RIESGO						p
		ACTITUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Has tenido relaciones sexuales?	No	97	56,1%	76	43,9%	173	100,0%	0,001
	Sí	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	
	Total	108	50,7%	105	49,3%	213	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 10, inicio de relaciones sexuales y percepción de riesgo, encontramos que de los adolescentes que refieren no haber tenido relaciones sexuales el 56,1% tiene una actitud negativa o de riesgo de contagio de VIH, frente a un 27.5% que si ha tenido relaciones sexuales y manifiesta una actitud negativa o de riesgo. Existe una diferencia altamente significativa entre el hecho de haber tenido relaciones coitales y la percepción de riesgo de contagio ($p=0,001$), por lo que se puede afirmar que la condición de no haber tenido relaciones sexuales está asociado a una actitud negativa o de riesgo de contagio de VIH considerándose un grupo de riesgo.

TABLA 11

CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA DE RELACIÓN SEXUAL Y PERCEPCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		PERCEPCION DE RIESGO						p
		ACTITUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Utilizaste el condon en tu primera relacion sexual	No	0	0,0%	12	100,0%	12	100,0%	0,011
	Si	11	39,3%	17	60,7%	28	100,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	
A que edad fue tu primera relacion sexual	No deseo decirlo	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	0,00
	14	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	15	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
	17	0	0,0%	14	100,0%	14	100,0%	
	18	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	19	4	33,3%	8	66,7%	12	100,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	
Tu primer relacion sexual fue	Algo que planeaste	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%	0,729
	Algo no planeado	9	26,5%	25	73,5%	34	100,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	
En que lugar fue tu primera relacion sexual	En una casa	5	16,7%	25	83,3%	30	100,0%	0,011
	En un auto	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	En un hotel	4	50,0%	4	50,0%	8	100,0%	
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	
Numero de personas con las que has tenido relaciones sexuales	No deseo decirlo	2	25,0%	6	75,0%	8	100,0%	0,00
	1	0	0,0%	23	100,0%	23	100,0%	
	2	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
	3 a mas	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 11, Podemos observar que en el grupo que utilizó el condón en su primera relación coital la proporción de adolescentes que se perciben en riesgo es mayor (39.3%) comparado al grupo que no utilizó condón en su primera relación coital. Esta diferencia es significativa (p: 0.011). Esto amerita un estudio adicional donde probablemente la actitud positiva esté relacionada directamente a confianza entre la pareja.

No existe diferencia en la actitud entre los que planearon o no su primera relación coital (p:0.729)

Respecto al lugar donde se tuvo la primera relación coital, aquellos que lo hicieron en un hotel o en un auto, perciben una actitud de riesgo frente al SIDA en un 50% y 100%, respectivamente. Esta diferencia es significativa en aquellos que lo hicieron en su casa, donde solo el 16.7% percibe una actitud de riesgo negativa o de inseguridad.

Respecto al número de personas con las cuales se ha tenido una experiencia coital, aquellos que tuvieron más de 1 pareja manifestaron actitud de percepción de riesgo mayor frente a aquellos que solo tuvieron una pareja, donde el 100% manifiesta una actitud de seguridad. (p: 0.00)

TABLA 12

**USO DE CONDÓN Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH
SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA
(JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED
METROPOLITANA. TACNA 2013**

		PERCEPCION DE RIESGO						p
		ACTITUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Utiliza condones en su relacion sexual actuales	No	2	20,0%	8	80,0%	10	100,0%	0,54
	Sí	9	30,0%	21	70,0%	30	100,0%	
	Total	11	27,5%	29	72,5%	40	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 12, Uso del condón y percepción del riesgo de contagio, el 80% de los adolescentes refieren no utilizar el condón en su relación sexual actual mostrando una actitud positiva o de menor riesgo frente al contagio de VIH, el 20% restante no usa condón pero presenta una actitud negativa o de riesgo. El 70% de los adolescentes que si uso condón en su relación actual presenta una actitud positiva o de menor riesgo frente al contagio del VIH y el 30% restante utiliza condón pero tiene una actitud negativa o de riesgo de contagio de VIH. No se encontró una diferencia significativa entre estas dos condiciones (p=0,54).

TABLA 13

MOTIVO DEL NO USO DE CONDÓN Y PERCEPCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		PERCEPCION DE RIESGO						p
		ACTITUD NEGATIVA(RIESGO)		ACTITUD POSITIVA (SEGURIDAD)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Menciona a razón por la que no usaste el condon en alguna de tus relaciones sexuales	Incomodo	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	0,007
	por usar otro método anticonceptivo	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	
	Por dolor	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	
	Total	2	20,0%	8	80,0%	10	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 13, Motivo de no uso del condón y percepción de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el 100% de los que no usa condón por incomodidad tiene una actitud negativa o de riesgo de contagio, mientras que aquellos que no usan pero tienen una actitud positiva o de menor riesgo de contagio es el 100% es por usar otro método anticonceptivo y por dolor. Se encontró una diferencia altamente significativa entre el motivo de no uso de condón y la percepción de riesgo de contagio de VIH ($p=0,007$).

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONDICIÓN EN PRIMER LUGAR DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		N	%
Condición que considere en primer lugar de riesgo	Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas.	64	30,0%
	Tener relaciones sin condón	34	16,0%
	Tener relaciones por presión (amigos/as)	32	15,0%
	Tener relaciones ocasionales (no planificadas)	30	14,1%
	Tener relaciones con prostitutas	19	8,9%
	Ser infiel a la pareja	13	6,1%
	Recibir transfusiones de sangre	11	5,2%
	Tener más de un <u>compañero/ra</u> sexual	6	2,8%
	Tener <u>relac. Sex.</u> Con otra persona con apariencia saludable	2	0,9%
	Tener relaciones homosexuales	2	0,9%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 14, Distribución de frecuencia según la causa en primer lugar de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el 30% manifiesta que la causa es por tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas, seguido del 16% que refiere por tener relaciones sexuales sin condón. El menor porcentaje con el 0,9% respectivamente lo atribuyen a tener relaciones sexuales con homosexuales u otra persona con apariencia saludable.

TABLA 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONDICIÓN EN SEGUNDO LUGAR DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		N	%
Condición que considere en segundo lugar de riesgo	Tener relaciones ocasionales (no planificadas)	93	43,7%
	Tener relaciones por presión (amigos/as)	28	13,1%
	Recibir transfusiones de sangre	26	12,2%
	Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas.	16	7,5%
	Tener más de un <u>compañero/ra</u> sexual	11	5,2%
	Tener relaciones sin condón	9	4,2%
	Tener <u>relac.</u> Sex. Con otra persona con apariencia saludable	7	3,3%
	Combinar el alcohol y las relaciones sexuales	6	2,6%
	Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado	5	2,3%
	Tener relaciones con prostitutas	4	1,9%
	Tener relaciones sexuales por placer	4	1,9%
	Ser infiel a la pareja	2	0,9%
	Tener relaciones homosexuales	2	0,9%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 15, Distribución de frecuencia según causa en segundo lugar de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el 43% refirió que es el tener relaciones sexuales ocasionales, seguido del 12,2% que lo atribuye a recibir transfusiones de sangre. El menor porcentaje atribuye la segunda causa con el 0,9% respectivamente a ser infiel a la pareja y a tener relaciones con homosexuales.

TABLA 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONDICIÓN EN TERCER LUGAR DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CERCADO DE TACNA (JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO) DE LA MICRORED METROPOLITANA. TACNA 2013

		N	%
Condición que considere en tercer lugar de riesgo	Tener relaciones por presión (amigos/as)	91	42,7%
	Tener relaciones con prostitutas	27	12,7%
	Tener relaciones ocasionales (no planificadas)	26	12,2%
	Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas.	19	8,9%
	Ser infiel a la pareja	15	7,0%
	Recibir transfusiones de sangre	11	5,2%
	Tener relaciones sin condón	8	3,8%
	Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado	7	3,3%
	Tener relaciones homosexuales	5	2,3%
	Combinar el alcohol y las relaciones sexuales	4	1,9%
	Total	213	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado, SEA-27

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 16, distribución de frecuencia según causa en tercer lugar de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el 42,7% manifiesta que es tener relaciones sexuales por presión, seguido del 12,7% que refieren por tener relaciones sexuales con prostitutas. Siendo el menor porcentaje aquellos que consideran que aporta riesgo el combinar el alcohol con las relaciones sexuales con el 1,9%.

DISCUSIÓN

Para reducir el riesgo de VIH SIDA, es preciso entre otras cosas poseer conocimientos sobre la enfermedad, prácticas de un sexo seguro y control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas.

En la población estudiada se encontró que la mayoría de los estudiantes eran de 16 y 18 años representando entre ambos el 47,8%, el 10,3% eran convivientes, con predominio del grado de instrucción de secundaria completa en el 49,3% de los casos. El 89,1% de los adolescentes estudian y trabajan a la vez mientras el 10,8% restante adolescentes que no estudian ni trabajan. El 49,3% de los adolescentes tiene una actitud positiva o de seguridad, el 25,8% tiene una actitud negativa o riesgo de contagio de VIH y un 24,9% presenta una actitud indiferente.

Nuestros datos se asemejan al estudio de Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹⁶, concluyó en que muchos adolescentes no tienen los conocimientos suficientes sobre VIH/SIDA, pero sí asumen una actitud positiva frente al tema. Es necesario educar, a través de canales óptimos, sobre este aspecto, para modificar conductas de riesgo en esta población.

A diferencia de nuestros resultados Palma Alvarez, Kelly Aparecida y Nantua Evangelista, María Do Socorro¹⁹, no observaron diferencias estadísticas entre la percepción de riesgo y las variables edad, estado civil, cohabitación, escolaridad, religión o frecuencia de uso del preservativo. En conclusión, fue baja la percepción de riesgo de infección por VIH de las adolescentes embarazadas del Distrito Federal.

Al indagar sobre como obtuvo información sobre sexualidad el adolescente, encontramos que el 48,8% aprendió en la escuela, seguido del 40,4% que lo aprendió de amigos, un 3,3% del papá y un 2,8% de todas las anteriores excepto padre y madre. Dato similar encontramos en el trabajo de Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹⁶, donde el 92% de los adolescentes

afirmó que recibe información sobre sexualidad de manera frecuente, y el medio favorito es la escuela (28.6%), seguido por la familia (23.4%). Conclusiones. Muchos adolescentes no tienen los conocimientos suficientes sobre VIH/SIDA, pero sí asumen una actitud positiva frente al tema. Es necesario educar, a través de canales óptimos, sobre este aspecto, para modificar conductas de riesgo en esta población.

Basados en la teoría de que la falta de conocimientos puede guardar relación con una actitud negativa y una conducta peligrosa, se deben tratar de fomentar los conocimientos en campos en que se haya mostrado que éstos son deficientes. En el presente estudio los temas de los que quisieran información son todo sobre enfermedades y prevención, cuidados y métodos anticonceptivos incluyendo contenidos sobre el orgasmo (tanto hombres como mujeres) y todo sobre sexualidad.

En estos últimos años ha habido un cambio de conductas en los adolescentes. Las relaciones sexuales precoces obedecen a procesos biológicos dados por una maduración sexual más temprana donde además el aspecto social que incluyen los cambios en los estilos de vida motivados por el desarrollo de la urbanización, turismo, mayor acceso al transporte, mayor aceptabilidad por parte de los adultos de estas relaciones, los problemas económicos y los patrones de conducta social (machismo), favorecen estas relaciones para el sexo masculino sobre el femenino. En nuestro estudio el 18,8% refiere haber tenido relaciones sexuales, sin embargo esta cifra puede esconder un registro mayor, que por temor o vergüenza del adolescente no se atreve a manifestar la realidad de sus vivencias y experiencias y prefiere no aceptarlo. Existe una diferencia altamente significativa entre el hecho de haber tenido relaciones y la percepción de riesgo de contagio ($p=0,001$), por lo que se puede afirmar que la condición de no haber tenido relaciones sexuales aumenta la actitud negativa o de riesgo de contagio de VIH.

Dato semejante encontramos en el estudio realizado por Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹⁶, donde encuestaron a 412 jóvenes a través de un formulario tipo CAP. de ellos el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, como consumir alcohol

(15%), sexo con desconocidos (22%) y no usar siempre el condón (82.5%); Nuestros datos difieren a los encontrados por Renata Holanda Dutra dos Anjos¹⁵ quien encontró los siguientes resultados de 207 adolescentes, la mayoría de los adolescentes declara haber tenido ya su primera relación sexual al momento del estudio. Se observó déficit de conocimientos sobre transmisión del VIH y prácticas sexuales seguras.

No se encontró una diferencia significativa entre el Uso o no del condón y percepción del riesgo de contagio entre estas dos condiciones ($p=0,54$).

En cuanto al no uso del preservativo en los adolescentes con vida sexual activa, hay autores que reportan cifras mas bajas que las nuestras (Pérez García R. Adolescencia y anticoncepción. Estudio en un área de salud. Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Villa Clara 1992), y otros que reportan cifras inferiores (Santana Hernández ME. Factores de riesgo del embarazo no deseado, conocimientos y uso de anticonceptivos. Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Policlínico Lisa, 1992). El bajo porcentaje de uso del condón en los varones que estos investigadores encontraron creen que puede deberse a una información deficiente en cuanto a sus ventajas en los muchachos que se inician sexualmente y desconocimiento de los riesgos a que se exponen, y en el caso de las hembras de politécnicos al temor de sentirse rechazada y constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual.

Se encontró una diferencia altamente significativa entre el motivo de no uso de condón y la percepción de riesgo de contagio de VIH ($p=0,007$).

Los adolescentes objeto de estudio indican que la primera causa de riesgo de contagio de VIH, es por tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas (30%), seguido del 16% que refiere es por tener relaciones sexuales sin condón. En segundo lugar de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el 43% refirió que es el tener relaciones sexuales ocasionales, seguido del 12,2% que lo atribuye a recibir transfusiones de sangre. Y en tercer lugar de riesgo de contagio de VIH, encontramos que el

42,7% manifiesta que es tener relaciones sexuales por presión, seguido del 12,7% que refieren por tener relaciones sexuales con prostitutas.

En el estudio de Patricia J. García, Armando Cotrina y César P. Cárcamo²⁶ Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón que fue realizado en el año 2004 por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en el marco del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, se llegaron a las siguientes conclusiones: una alta proporción de adolescentes ha escuchado acerca del VIH, SIDA e ITS, siendo la proporción mayor en adolescentes mayores. Una alta proporción reconoce el uso del condón como una forma de protección frente al VIH/SIDA, una menor proporción reconoce el no tener relaciones sexuales como una forma de prevención.

Los resultados encontrados constituyen un estímulo para continuar el trabajo educativo y fortalecer las acciones de prevención orientadas a aquellos adolescentes que aún no han iniciado las relaciones sexuales.

CONCLUSIONES

1. Según la medición de percepción del riesgo de contagio de VIH SIDA en los adolescentes, el 50,7% tiene una actitud negativa o de riesgo, el 49,3% tiene una actitud positiva o de seguridad.
2. El haber iniciado relaciones coitales ($p: 0.001$), uso de condón en primera relación coital ($p: 0.01$), edad de inicio ($p: 0.00$), lugar de primera relación coital ($p:0.01$) y número de contactos coitales ($p: 0.00$) son características asociadas a los niveles de percepción del riesgo. Consideran como primera conducta de riesgo a las relaciones coitales con desconocidos (30%), en segunda conducta de riesgo a las relaciones ocasionales (43.7%) y en tercer lugar de riesgo las relaciones coitales bajo presión (42.7%).
3. Según las Características sociodemográficas y percepción del riesgo, encontramos que existe entre la edad, el sexo y el estado civil del adolescente y la percepción de riesgo una diferencia altamente significativa ($p=0,00$ en todos los casos), El grado de instrucción no influye en la percepción de riesgo ($p=0,209$). En resumen se puede concluir que a menor edad se tiene una actitud negativa o de riesgo de contagio, (15=54.8%, 16=51.0%, 17= 58.8%, 18=74.5%). A mayor edad se tiene una actitud positiva o de menos riesgo de contagio (19=84.8%), los hombres son los que tienen más riesgo de contagio del VIH (74.0%), así como los convivientes (100%). El grado de instrucción no influye en la percepción de riesgo. ($p=0,209$).

RECOMENDACIONES

1. Trabajar en la promoción de la prevención y protección (uso de condón y métodos anticonceptivos) desde la primera relación sexual, dando las herramientas necesarias para que el adolescente planifique su vida sexual y esta no sea inesperada, ni forzada y con protección. Convenios entre el área de Salud y Educación.
2. Promover canales de comunicación e intercambio entre madres, padres y los y las adolescentes, para ellos se debe dotar de conocimiento y practicar habilidades para poder guiar a sus hijos. En consultas.
3. Focalizar intervenciones en grupos de adolescentes más vulnerables a adquirir VIH/SIDA/ETS: adolescentes sexualmente activos(as) que no se protegen usando condón, varones que tienen sexo con otros hombres, que pagan o reciben dinero por sexo etc. Mediante charlas al adolescente en su primera consulta.
4. Debe existir un trabajo sostenido para incrementar los conocimientos de los adolescentes abarcando todas sus esferas sociales colegios, grupos de padres y madres de familia, que le permita obtener información real y efectiva para promover una adecuada prevención frente al riesgo de contagio del VIH SIDA. Mediante convenios del área salud y educación
5. Se debe continuar promoviendo estrategias sanitarias que hagan más sencillo el acceso a los adolescentes, brindando servicios de promoción, prevención y tratamiento tanto a los adolescentes que se encuentran en riesgo como aquellos que no lo están. Mediante charlas en la primera consulta del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Ayudar a los jóvenes tiene hacer elecciones sanas en materia de sexualidad y de procreation, declara el director general de l`OMS. Ginebra: World Health Organization; 1999.
2. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth D et al. El aprendizaje de la sexualidade: reproducción y trayectorias sociales de jóvenes brasileños. Río de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.
3. Brandão ER. Desafíos de la anticoncepción juvenil: interrrelación entre género, sexualidad y salud. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(4):1063-71.4.
4. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade y embarazo en la adolescência entre jóvenes de capas medias de Río de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7): 1421-30.
5. Hanenberg R, Rojanapithayackorn W, Kunasol P, Sokal D. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *The Lancet* 1994:243-245.
6. Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En: Schwarzer R ed, *Self-efficay: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere 1992;355-394.
7. ONUSIDA. 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA ONU/OMS (www.unaids.org)
8. Caballero Hoyos, R y A Villaseñor Sierra, *Op. Cit.*
9. OPS. 1997. Salud de los adolescente. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Americas OPS/OMS Washington D.C.
10. Dirección Generalde Información y Evaluación del Desempeño-Secretaria de Salud. 2003. La Salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública Méx* 45 supl 1: S153-S165.
11. Villaseñor Sierra A, R Caballero Hoyos, A Hidalgo San Martín y JI Santos Preciado 2003. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor en el uso del condón en adolescentes *Salud Pública Méx* 45 supl 1: S73-S80
12. Rasmussen Cruz B, A Hidalgo San Martín y N Alfaro Alfaro 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de

- hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Publica Méx 45 supl1:S81-S91
13. Marchetti, R y G Rodríguez 1996. Los adolescentes y el SIDA. SIDA/ETS 2:61-64
 14. Córdoba, C. 1999.VIH-SIDA: La mirada de los jóvenes Revista Umbral 2000 No.1: 37 pp
 15. Dutra dos Anjos, Renata Holanda¹; De Souza Silva José Augusto, et al.; Diferencias entre adolescentes del sexo femenino y masculino en la vulnerabilidad individual al VIH. Rio de Janeiro 2012.
 16. Gómez-Bustamante Edna y Cogollo-Milanés Zuleima. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. 2011.
 17. Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath¹, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA en Adolescentes Escolarizados.Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.2003.
 18. Fonseca Ávila, Ana Paola. Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C: aportes para la comprensión de sus significados y prácticas. Bogota. 2009.
 19. Palma Alvarez, Kelly Aparecida y Nantua Evangelista, Maria Do Socorro. Percepción de riesgo de infección por VIH entre adolescentes embarazadas en el Distrito Federal de Brasil. 2012.
 20. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Efectividad de las 40 intervenciones para la reducción del riesgo del SIDA en adolescentes: revisión cuantitativa. Journal of Adolescent Health 1997; 20(3): 204-215
 21. Tavera Palomino Mariela del Pilar. Representaciones del VIH/SIDA y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Lima Perú en 2012.
 22. Vega Guevara Rosa María. Factores de riesgo para infección por VIH en adolescentes gestantes en el Instituto Materno Perinatal, Lima año 2007.
 23. Cabrera Maria del Carmen, Efectos de una campaña masiva de educación en el aprendizaje de conocimientos de prevención y mecanismos de contagio del SIDA, en escolares de 5to año de secundaria, de nivel socio-económico medio típico y bajo ascendente, ambos sexos. Lima. 1988.,

24. Soto Cáceres Víctor. Factores asociados a la conducta sexual de riesgo para ETS/SIDA en adolescentes del departamento de Lambayeque-Perú, 1994.
25. Patricia J. García, Armando Cotrina y César P. Cárcamo. Estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). 2004. Lima-Perú
26. UNAIDS/WHO, 2010 Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva
27. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>.
29. Monasch. R., Mahy, M. (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. En: Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. David Ross, Bruce Dick, Jane Ferguson (Editors). UNAIDS interagency task team on HIV and young people. Recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/ISBN_92_4_120938_0.htm
30. Estrada, J. (2006). Educación formal y VIH/sida. Reflexiones y experiencias de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología.
31. ONUSIDA/OMS. (2006). Situación de la epidemia de sida. Diciembre de 2006. recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf.
32. PROFAMILIA. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C: Profamilia.
33. García R., Luque R., Mcdouall J., Moreno. L. (2006). Infección Por VIH Y SIDA En Colombia. Estado Del Arte. 2000 – 2005. Bogotá: ONUSIDA/Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud

Pública. Recuperado: enero 26 de 2010. Disponible en:
<http://onusida.org.co>

34. Valdespino Gómez JL, JA Izazola Licea y B Rico Galindo 1988. El SIDA en México: tendencias y proyecciones Bol Of Sanit Panam 105(5-6): 490-495
35. World Health Organization. 1994 AIDS global data. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic. Wkly Epidemiol Rec 69:189-196
36. Valdespino Gomez, JL, M de L García García, A Del Río Zolezzi E Loo Mendez, C Magis Rodríguez y RE Salcedo Alvarez 1995. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. Salud Pública Méx 37(6):556-571
37. Organización Mundial de la Salud 1988. Criterios para los programas de detección del VIH. Bol Of Sanit Panam 105(5-6): 709-717
38. Pineda Leyva, T de J, MT Ramos Cavazos, MA Frias Contreras y PC Cantú Martínez 2000. Encuesta sobre Salud Reproductiva en Estudiantes Adolescentes de Educación Media Superior en Monterrey, N. L. (México) Revista Salud Publica y Nutricion Vol. 1 No. 4 (www.uanl.mx/publicaciones/respyn)
39. Kiragu, K. 2001 Yputh and HIV/AIDS: Can we avoid catastrophe?. Population Reports Series L, No. 12 Baltimore. The Johns Hopkins University Bloomberg School of public Health Population in Formation Programs (www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12edsum.shtml)
40. Maddaleno, M, P. Morello y F Infante Espinola 2003. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década Salud Pública Méx 45 supl 1: S132-139.
41. Pineda Leyva, T de J, MT Ramos Cavazos, MA Frias Contreras y PC Cantú Martínez 2001 La interrelación familiar y la práctica de relaciones sexuales en adolescentes. Revista Salud Publica y Nutricion Vol. 2 No. 1 (www.uanl.mx/publicaciones/respyn).
42. Gayet, C. CA Rosas, C Margis y P Uribe 2002. Con qué hablan los adolescentes mexicanos de SIDA. Salud Pública de Méx 44: 122-128
43. Holmes K, Levine R, Weaver M. NIAID Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention 2001. Bull of the World Health Organization 2004;82:454-61.

44. Estudio de conocimientos, actitudes, prácticas y creencias sobre sexualidad en gente joven. Lima, Perú: Information Resources Inc / PROCETSS, 1999.
45. UPCH. Proyecto PREVEN: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004
46. Garcia P, Gotuzzo E, Hughes J, Holmes K. Syndromic management of STDs in pharmacies: evaluation and randomised intervention trial. *Sex Transm Infect* 1998;74(Suppl 1):S153-158.
47. Reglamento de la Ley CONTRASIDA, 1997.
48. Goicochea P, Bernales J, García P. Social Marketing of STD / AIDS Prevention Packet, Feasibility Study (Final Report). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Wellcome Trust, 200

ANEXOS

ENCUESTA APLICADA EN EL ESTUDIO PARA AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: 1. Masculino
 2. Femenino
- 3) Estado Civil: _____
- 4) Total de personas que viven en tu casa (incluyéndote): _____
- 5) Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados(as) 1. Sí 2. No
- 6) Ultimo grado escolar que terminado: _____
- 7) ¿Estudias actualmente? 1. Sí 2. No
- 8) ¿Trabajas actualmente? 1. Sí 2. No

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a circular el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

C) ¿Que tan seguro estás de ser capaz de...

1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resistol, tinner)	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

D) Expresa el grado de acuerdo que tengas

1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón.	1	1	1	1	1
2. El hombre es el que debe de comprar los condones.	2	2	2	2	2
3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual.	3	3	3	3	3
4. La mujer debe de traer los condones.	4	4	4	4	4
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas.	5	5	5	5	5
6. El uso del condón es bueno para mi salud.	6	6	6	6	6
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.	7	7	7	7	7
8. Mi situación económica me permite comprar condones.	8	8	8	8	8
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.	9	9	9	9	9
10. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.	10	10	10	10	10
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.	11	11	11	11	11
12. El SIDA es algo muy difícil que me de, aunque no me proteja.	12	12	12	12	12
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es	13	13	13	13	13

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de: (Marca solo aquella que consideres la más importante:

a) Amigos b) Libros c) Revistas d) Periódicos e) Televisión f) Escuela g) Papa h) Mama

Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más información: _____

Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante: _____

Has tenido relaciones sexuales No Si

¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!

¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual? No Si

¿A qué edad fue tu primera relación sexual? _____ años

Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste Algo no planeado

En qué lugar fue tu primera relación sexual:

a) En una casa. b) En un auto c) En un hotel d) En despoblado e) En la calle f) Otro ¿cuál? _____

Numero de personas con las que has tenido relaciones sexuales: _____

¿Utilizas condones en tus relaciones actuales? No Si

Menciona la razón principal por la cual no se uso el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas) _____

¿Cual crees que es la efectividad del condón cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

a) 95 al 100% b) 90 al 100% c) menos de 90%

De las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de más riesgo para contraer el SIDA. Escribe en el parentesis () la letra que corresponda a tu respuesta .

- a) Tener relaciones sexuales sin condón.
- b) Recibir transfusiones de sangre
- c) Ser infiel a la pareja
- d) Tener relaciones sexuales anales
- e) Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as)
- f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
- g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
- h) Tener más de un(a) compañero(a) sexual
- i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
- j) Tener relaciones sexuales con otra persona basándote en su apariencia saludable
- k) Tener relaciones homosexuales
- l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- m) Tener relaciones sexuales con el novio o novia
- n) Tener relaciones sexuales por placer
- o) Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas

RESPUESTAS

() La de primer lugar en riesgo. () La de segundo lugar en riesgo. () La de tercer lugar en riesgo.

Muestra universal para nuestro estudio: 3500 adolescentes propiamente dicho.
Número utilizado en la encuesta: 213 adolescentes propiamente dicho.