

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, SUSCEPTIBILIDAD Y AUTOEFICACIA EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH
CARTAGENA. 2015**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
IRMA YOLANDA CASTILLO AVILA**

**INVESTIGADORES:
KAREN ARRIETA YEPES
MAIRA CABALLERO PACHECO
JENNIFER RAMIREZ AGUILAR
KAREN SILVA YEPES**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ABRIL 2015**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	5
Introducción	6
1. Planteamiento del problema	7
1.1 formulación del Problema	9
2. Objetivos	10
2.1 Objetivo general	10
2.2 Objetivos específicos	10
3. Marco Teórico	12
4. Metodología	18
4.1 Diseño de investigación	18
4.2 Población	18
4.3 Muestra	18
4.4 Muestreo	19
4.5 Criterios de inclusión	19
4.6 Criterios de exclusión	19
4.7 Técnicas y procedimientos	20
4.8 Instrumentos de medición	20
4.9 Operacionalización de variables	22
4.10 Aspectos éticos	24
5. Resultados	25
6. Discusión	27
7. Conclusión	30
8. Recomendaciones	31
Bibliografía	32
Anexos.	37

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Numero de instituciones educativas y estudiantes a seleccionar por localidad	19
Tabla 2	Variables sociodemográficas. Adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena	44
Tabla 3	Nivel de conocimientos adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad de Cartagena	45
Tabla 4	Nivel de conocimientos (ideas erróneas) en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad Cartagena	46
Tabla 5	Nivel de actitud en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad Cartagena	47
Tabla 6	Nivel de susceptibilidad en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad Cartagena	48
Tabla 7	Nivel de autoeficacia en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad Cartagena	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado mayor de edad.	37
Anexo 2. Consentimiento informado para menores de edad	38
Anexo 3. Encuesta sociodemográfica	39
Anexo 4. Instrumento escala VIH/SIDA 66	40
Anexo 5. Tabla de resultados	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad de Cartagena.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo transversal, con una población de referencia de 15.686 adolescentes de las instituciones educativas oficiales de Cartagena matriculados en los grados 10º y 11º. El tamaño de muestra estimado fue de 580 adolescentes, calculado con una prevalencia de 14%, un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 3%; adicionando un 12% de pérdidas. Se realizó un muestreo multi-etapico probabilístico; para la recolección de los datos se utilizó la Escala VIH/SIDA-66, previo consentimiento informado. Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel y fueron analizados utilizando estadística descriptiva.

Resultados: Un total de 579 adolescentes escolarizados completaron satisfactoriamente el cuestionario, con un promedio de edad de 15,6 años. El 65.6% (380) pertenecían al sexo femenino y 34.3% (199) al masculino. Del total de los encuestados 45% (261) presentaron conocimientos deficientes, 55% (318) ideas erróneas sobre la enfermedad, 69.6% (400) mostraron una actitud negativa, 46.1% (266) no se considera susceptibles para contraer la enfermedad y 49.5% (286) mostraron baja autoeficacia para la prevención de la enfermedad.

Conclusión: Los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena muestran conocimientos deficientes respecto al VIH/SIDA, teniendo ideas erróneas sobre medios de transmisión y aspectos básicos de la enfermedad; así mismo, presentan actitudes negativas frente a las personas que viven con el virus, se perciben poco susceptibles y la baja autoeficacia para la prevención de la enfermedad los convierte en una población de mayor riesgo.

Palabras claves: *Adolescente, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Salud sexual, Autoeficacia, VIH, Infecciones por VIH, Salud. (Fuente: DeCS)*

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las enfermedades pandémicas que más ha marcado el desarrollo de las diferentes poblaciones en el mundo; este deteriora significativamente el sistema inmune de las personas que lo contraen. Según el comportamiento estadístico de la infección se evidencia que entre los grupos de edad con mayor vulnerabilidad se encuentran los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.

El panorama que se muestra epidemiológicamente a nivel mundial con respecto a este evento de relevancia en salud pública, muestra que el número de adolescentes dentro de la población afectada es cada vez mayor. La deficiencia en los conocimientos se concibe como una de las mayores razones por las que aumenta la vulnerabilidad en esta población, sobre la cual influyen creencias y mitos emergidos y nutridos por la cultura; por lo que se propagan ideas, la gran mayoría de ellas erróneas, que se han transmitido de generación en generación hasta la actualidad. En este medio, los adolescentes absorben todos los conocimientos que están en su entorno siendo su principal fuente de información otros jóvenes en igualdad de condiciones y conocimientos; sumado a ello se encuentra el abanico de cambios propios del ciclo vital.

En Colombia se estima que por cada caso registrado en el sistema de vigilancia epidemiológica, existe una proporción importante de casos no registrados. Ante este panorama la UNESCO proyecta que para las dos décadas siguientes aproximadamente 40 millones de adolescentes de todo el mundo se infectara del virus, esta información plantea la importancia de investigar y encaminar esfuerzos hacia la prevención de dicho evento, evaluando todas aquellas variables que intervienen de manera positiva en la consecución de una mejor calidad de vida para la población adolescente; conocer que saben y cuales son las actitudes de los adolescentes frente al VIH constituyen una fuente valiosa de información; teniendo en cuenta que los conocimientos son considerados como un factor protector frente al el virus del VIH. Sin embargo, estos por si solos no son suficientes si no van acompañados de actitudes adecuadas. De esta manera, la presente investigación realiza una descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficacia en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad de Cartagena.

Esto teniendo en cuenta que los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficacia de este grupo pueden constituir una herramienta valiosa que aporte a la generación de estrategias que contribuyan a la disminución de las conductas de riesgo, aumento de las conductas saludables y encaminen a una vida sexual futura con calidad a esta población.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH es descrito por la OMS como un virus que infecta las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función; produciendo deterioro progresivo del sistema y la consiguiente "inmunodeficiencia". Esta es una de las enfermedades pandémicas que más ha marcado el desarrollo de las diferentes poblaciones a nivel mundial. (1,2)

A nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH sumaban 35,3 (32,2-38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores (3, 4) África subsahariana sigue siendo la región más afectada por este virus, alrededor del 70% de todas las personas que vivían con el VIH residían en este país, una región que representa solo el 12% de la población mundial. En América Latina las estadísticas sobre VIH presentan un descenso constante en las nuevas infecciones por el virus desde 1996; se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces a 100.000 por año; en 2013, 1,6 millones [1,4 - 2,4 millones] de personas vivían con el VIH en América Latina (4, 5).

Esta realidad mundial no se aleja de la del país, según el informe mundial de avances de lucha contra el VIH en Colombia, desde 1985 al 31 de diciembre de 2013 se ha reportado un total de 95.187 casos de infección por VIH, sida y muerte lo que evidencia que aún sigue un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. Para el año 2012 ingresaron al SIVIGILA un total de 8.196 casos. De estos 5.914 (72,2%) fueron hombres y 2.282 (27,8%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual (5, 6, 7). En el departamento de Bolívar la tasa de mortalidad asociada a esta enfermedad, muestra una tendencia al aumento, en 2012 registró una incidencia de 37,6 casos notificados de VIH/Sida y muertes por cada 100 mil habitantes, 11.02 más que en 2011(6, 8). En Cartagena en el año 2010 se diagnosticaron 267 personas infectadas, de los cuales el 22,5% eran casos de SIDA y el 12,4% fueron casos donde el portador falleció (9, 10) en el año 2014 El periódico el Universal en un reporte realizado mostro que cerca de 2.300 personas en Cartagena son VIH positivas y aunque el porcentaje de hombres infectados es mayor, el número de mujeres contagiadas va en aumento (11)

Durante la última década se ha evidenciado que entre los grupos que mayor vulnerabilidad presentan para adquirir VIH son los adolescentes. En el año 2006, la Organización Panamericana de la Salud informó que la infección por VIH en algunas regiones del mundo se concentraba principalmente en los jóvenes de 15 a 24 años (10, 12). En Colombia se encontró que la edad de los casos notificados se concentra en personas jóvenes, con más de la mitad de los casos notificados desde 1983 a 31 de diciembre del 2011(52,7%). Estudios realizados en poblaciones entre 18 y 24 años en 2010, destacan 7 ciudades principales en las cuales se alcanzan prevalencias superiores al 5%, una de ella es Cartagena que suma un 10% del total de casos en este grupo etario (13).

Los países que han logrado disminuir la prevalencia nacional de VIH, lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes, a través de mayor y mejor información, educación y servicios de prevención. El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes, sin embargo el acceso a la educación sobre

VIH está lejos de ser universal, en América latina y el Caribe sólo 4% y 38% de los jóvenes, no escolarizados y escolarizados respectivamente, tienen acceso a la educación sobre prevención (12, 14).

Los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH que incluye en las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención esto también reflejado en una de las investigaciones realizadas por Uribe A, quien reportó que el conocimiento frente al VIH de los jóvenes se encontraba en un nivel medio, y se relacionaba específicamente con las formas de transmisión, prevención y la evolución del VIH (14).

Sin embargo, los conocimientos por si solos no son suficientes para lograr un verdadero cambio en cuanto a prevención, si estos no van acompañados de actitudes adecuadas, las cifras de morbilidad y mortalidad relacionadas con VIH seguirán aumentando. En la actualidad, la primera relación sexual ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que se tienen y por lo tanto los riesgos se multiplican. En un estudio realizado por Mendoza L en la ciudad de Tuluá, Colombia se muestra que el inicio de la actividad sexual ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de la presencia de VIH en personas jóvenes (15). Así mismo, datos reportados por el periódico El país señalan que la media nacional para el inicio de relaciones sexuales en adolescentes esta en 14.38 años para los hombres y 15,05 años para las mujeres (16).

De acuerdo con Sánchez F., las actitudes influyen en las conductas de riesgo que se realicen; de esta forma, la percepción social y la actitud frente al VIH determinan el comportamiento de otros o los propios frente al VIH (14). Se ha identificado en algunas investigaciones que los mitos, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas respecto al VIH/SIDA pueden influir en las actitudes que el adolescente asuma frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas (10).

La susceptibilidad y la auto-eficacia son otras variables de mucha importancia cuando se busca encaminar a los jóvenes hacia conductas de cambios positivas frente a la infección. Diversos investigadores han encontrado que la mayoría de los adolescentes presentan déficit en el nivel de auto eficacia y mayor susceptibilidad frente al VIH/Sida, y que sumado a las características propias de su edad, desencadenan la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección por VIH, lo que los convierte en una población vulnerable frente a esta infección (10). ONUSIDA refiere que la percepción de riesgo es la susceptibilidad de un individuo a las consecuencias negativas por la ejecución de una conducta determinada; y con relación al VIH, el riesgo es considerado como la probabilidad que tiene cualquier ser humano de adquirir el VIH, Al evaluar la percepción de riesgo frente a la infección por VIH en los adolescentes, se han encontrado diferentes estudios donde se plantea que es muy baja (17).

Algunas de las conductas de riesgo que presentan los y las adolescentes son el consumo de alcohol, el abuso de drogas, y la actividad sexual sin protección (17). Sumado a esto la adolescencia que es una de las etapas de la vida donde más se experimenta, no solo con las relaciones sexuales si no también con drogas y alcohol, los cuales son considerados factores de riesgo para la infección por VIH; con el aumento del deseo sexual, el bajo poder de raciocinio, la promiscuidad y el no uso de preservativos, da como resultado la falta del uso de la información importante acerca del VIH Sida (18).

Los estilos de vida de los jóvenes envuelven comportamientos más riesgosos que la población de mayor edad. La mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y no uso de preservativo, lo cual incide en la alta tasa de enfermedades de transmisión sexual como el VIH. Una educación adecuada retrasa el inicio de las relaciones sexuales y se asocia con un mayor y mejor uso de anticonceptivos (19).

Teniendo en cuenta dicho panorama, la UNESCO proyecta que para el año 2030 más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo se infectará del virus, dato que indica la urgencia e importancia de intervenir en la prevención de la enfermedad (10). Es por tal razón que se plantea la necesidad de investigar acerca de los conocimientos que estos tienen y las conductas que asumen al enfrentar su sexualidad más específicamente haciendo enfoque en la infección por VIH y en qué tan eficaces resultan los Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficacia frente a la infección por VIH.

Las cifras de personas infectadas por el VIH /SIDA específicamente adolescentes, ratificaron que este es uno de los grupos con mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, por la presencia de múltiples conductas de riesgo (20).

Es importante para las instituciones conocer que saben los adolescentes sobre VIH; ya que, ello constituye una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación que promuevan comportamientos saludables para la prevención del VIH y la reducción de embarazos no deseados además permitiría mejorar las actitudes, el nivel de susceptibilidad y de autoeficacia considerado por los adolescentes (12, 14).

Esto también aporta al trabajo de enfermería quien lidera los procesos que incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a la Universidad de Cartagena como una institución generadora y gestora de nuevos conocimientos, que puedan impactar de forma positiva en la comunidad.

1.1 Pregunta problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia de los adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad de Cartagena?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia de los adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH en la ciudad de Cartagena.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficas del grupo adolescentes escolarizados de Cartagena participantes del estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes frente al VIH/SIDA.
- Determinar las principales actitudes de los adolescentes frente al VIH/SIDA.
- Determinar la susceptibilidad de los adolescentes frente al VIH/SIDA.
- Identificar el nivel de autoeficacia de los adolescentes frente al VIH/SIDA.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 VIH/SIDA

El VIH se caracteriza por ser una afección crónica transmisible de tipo progresivo que afecta a las células del sistema inmunitario alterando su función y poniéndolo en riesgo de adquirir otras infecciones oportunista o cánceres relacionados con VIH; Se trata de un virus de la familia retroviridae de reciente descubrimiento (en el pasado siglo XX, década de los 80), y de subfamilia lentivirus, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental (21)

La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición o presencia de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves relacionados con el VIH. A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por *Criptococos* o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros esto reportado por la OMS en 2013 (22).

3.2 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE VIH

La infección por VIH se da principalmente por la emisión de conductas de riesgo que facilitan la transmisión de VIH por el paso de células infectadas presentes en fluidos de personas diagnosticadas de VIH a otras que no están infectadas (23).

El VIH se puede transmitir por diferentes formas como de persona a persona por contacto sexual, sin protección en parejas heterosexuales u homosexuales, que representa la principal vía de infección en nuestro país y en el mundo, incluye la relaciones como la penetración anal, vaginal y el sexo oral; por contacto de la piel lacerada o las mucosas con líquidos corporales (sangre, líquido cefalorraquídeo o semen) lo cual resulta potencialmente contaminante, por usar o compartir agujas, jeringas o algún objeto punzante contaminado, en el caso de personas que usan drogas vía intravenosa; por transfusión de sangre infectada y sus derivados, esta vía ha sido controlada en muchos países y sobre ella se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica; sin embargo, no es posible eliminar por completo la

posibilidad de transmisión a través de esta vía, dada la existencia del período de ventana (corresponde a los primeros meses de la infección, cuando los resultados de las pruebas serológicas son negativos por la ausencia de anticuerpos) o por trasplante de órganos. También se puede transmitir de manera vertical de madre-hijo la cual incluye 3 momentos: (1. Último trimestre del embarazo, 2. En el trabajo de parto por contaminación en el canal y 3. Durante lactancia materna), el riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 25 %, pero hoy en día se puede reducir a 4 % con la administración de AZT a partir de las 14 semanas de gestación, en el parto y luego durante 6 semanas al recién nacido, así como la ejecución de la operación cesárea y la no lactancia materna. Los momentos de mayor transmisibilidad del VIH, según la evolución de la enfermedad, son: el estadio inicial (fase aguda retroviral) y la última fase (fase SIDA), ya que en estos estadios existe una mayor viremia y, por tanto, más concentración del agente infectante en las vías ya mencionadas (21, 24).

A nivel mundial las cifras de infecciones por VIH han aumentado en gran medida, siendo los adolescentes entre 15 y 24 años de edad, los más perjudicados con esta situación a causa de las múltiples prácticas de riesgo que asumen al momento de sus actividades sexuales. De acuerdo con la investigación hecha por Uribe A. quien plantea que los adolescentes e convierten en grupo de riesgo para contraer la infección (cuando la mayoría inicia su vida sexual), quienes se ven principalmente afectados por estar expuestos a una gran cantidad de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, consumo de sustancias psicoactivas y conocimientos inadecuados o deficientes frente a la infección, entre otros riesgos (13, 14).

3.3 ADOLESCENTES

La etapa adolescente genera ciertos cambios en la persona, pues esta media entre ser niños y adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. La definición de la OMS no se aleja mucho de la que da la Organización de las Naciones Unidas (UNICEF) que la define como adolescencia temprana como el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo diferentes transformaciones. Entre los riesgos que se pueden presentar durante esta etapa se encuentran el embarazo precoz, la violencia, explotación sexuales, además del riesgo de contraer ITS, esto debido a que en esta etapa tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su sexo, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan, otro riesgo de esta etapa es la confusión acerca de su propia identidad personal y sexual (25).

En cuanto a la adolescencia tardía según la UNICEF abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya

usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. Entre los riesgos de esta etapa tenemos la experimentación de sustancias psicoactivas, y específicamente la niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión, trastornos alimentarios, tales como la anorexia, la bulimia y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos (26).

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente. El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad depende en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente (26). La edad no es una variable que modifique el nivel de conocimientos que tengan las personas sobre VIH, pero se espera que en la medida que el ciclo vital avanza haya mayor acumulación de conocimientos (27).

El descuido en la educación afectivo-sexual de los adolescentes y jóvenes se perfila sin duda, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo. Incluso se destaca que ha sido escasa la investigación sobre los comportamientos sexuales de los adolescentes y jóvenes, especialmente de los adolescentes, siendo esta etapa, clave en el comienzo de las relaciones sexuales. A pesar de que algunos sectores de la sociedad prefieren pensar que las relaciones sexuales sólo se inician a partir de la mayoría de edad, los datos sobre la prevalencia del SIDA y de embarazos no deseados muestran claramente que esto no es así (28).

A los adolescentes y su sexualidad como parte del desarrollo humano, es importante realizar buenas acciones de promoción de la salud, incluyendo dentro de esta el tema de la salud sexual y reproductiva, esto debido a que los resultados de la encuesta nacional sobre comportamiento sexual de jóvenes y adolescentes escolarizados, se hizo evidente el inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas y una baja adopción del uso consistente del condón, siendo mayor su uso por parte de los hombres que de las mujeres. En el mismo sentido según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud solo el 6.2 de las adolescentes utilizan el condón (29). Por otra parte en la encuesta realizada en la isla de San Andrés en el año 2011; los jóvenes argumentan diversas razones para no usar preservativo en sus relaciones sexuales entre las que están 1.confianza en la pareja (27%) 2.no les gusta (25.8%) 3.creen que su pareja está sana (19.9%) 4.desacuerdo de la pareja (13.9%) (29).

3.3.1 El Adolescente Escolarizado y la educación sexual

La adolescencia es el periodo de la vida en la que se adquiere la capacidad reproductiva y se hace la transición de la niñez a la adultez, abarca las edades entre 10 y 19 años (30) todo individuo incluido en estos rangos de edades y vinculado de manera activa a una institución educativa es un adolescente escolarizado. En esta etapa, las intervenciones en materia de salud sexual son vitales para el desarrollo físico, mental y social del adolescente y evitar o reducir consecuencias adversas de comportamientos sexuales no saludables como las ITS y el VIH/SIDA (30). La salud sexual lleva como bandera el termino bienestar, y se define como “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (31) el personal docente de instituciones de básica secundaria y media vocacional en Colombia reconoce la importancia de los procesos de educación para la sexualidad en el ámbito escolar, como una forma de promover la salud, y reconoce además su obligatoriedad conforme a la legislación vigente que rige el sector educativo; sin embargo la mayoría se declara sin la suficiente formación para abordar dichos procesos, razón por la cual en el ámbito escolar deben repensarse las estrategias de instrucción para brindar al adolescente educación sexual y garantizar la calidad de los procesos orientados al logro de este objetivo; aspecto que incluye fundamentalmente la capacidad técnica y vocacional de quien dirige este tipo de cátedras (32)

3.4 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH

Los conocimientos son aquellas elaboraciones conceptuales, teóricas, abstractas, que el ser humano en el afán de buscar explicaciones a su existencia social y cultural ha construido a lo largo de su historia; por lo tanto, se puede concebir como el saber que han ido construyendo las personas a lo largo de su vida mediante la interacción permanente con la cultura, práctica, intuición y la ciencia (33).

Por lo que los conocimientos sobre la infección por el VIH son considerados como aspecto central que influye en el riesgo y la percepción que tengan los adolescentes sobre el VIH/Sida; según Uribe A. los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH e incluyen las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención y se ha observado que gran cantidad de adolescentes cuentan con una idea errada sobre lo que es VIH, entre las investigaciones que se han hecho al respecto se resalta la realizada por Uribe, quien encontró que el conocimiento, frente al VIH/SIDA, de los jóvenes se encontraba en un nivel medio, y se relacionaba específicamente con las formas de transmisión, prevención y la evolución del VIH (10). A su vez, los altos niveles de conocimiento aumentan la confianza frente al control de la infección por el VIH. Por tanto, el alto nivel de conocimiento es una herramienta fundamental para la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente a su sexualidad.

Otras variables que han sido motivo de estudio para medir el nivel de conocimiento en los adolescentes frente a la infección de VIH es el sexo encontrando un ligero mayor conocimiento en hombres que en mujeres, aunque en otras investigaciones se refleja lo contrario, el nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, la cultura que propone algunos mitos e ideas erróneas frente a las formas de transmisión y prevención del VIH, así como estas variables mencionadas existen muchísimas otras que influyen en tener o no conocimientos sobre esta problemática que afecta a todo el mundo (23).

Los conocimientos sobre el VIH/SIDA influyen en las actitudes de las personas con relación a la infección por el VIH/SIDA y con relación a las personas diagnosticadas. Esto dependiendo de si su nivel de conocimiento es alto medio o bajo y además de que tanto los adolescentes lo asimilen, una educación sexual que no se adecue a los contextos socioculturales en los que se desarrollan los jóvenes es poco efectiva y no necesariamente da lugar a cambios en las prácticas riesgosas (33, 2).

3.5 ACTITUDES FRENTE AL VIH

Las actitudes son disposiciones que le permiten al ser humano actuar selectivamente en sus interacciones sociales, e inciden en la forma de actuar y de comportarse frente a diversas situaciones de la cotidianidad, además, una vez las actitudes son interiorizadas por los sujetos regulan su conducta. Las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH. Actualmente, se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, debido a que se mantiene el estigma frente a la infección (14, 20).

Las actitudes de estigmatización hacia el VIH provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor a la transmisión, que ha sido una fuente de estigma relacionado con las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación (33).

La actitud positiva o negativa de los jóvenes frente al VIH; son consideradas como un factor de riesgo psicosocial para la infección por VIH/SIDA; Se ha identificado en algunas investigaciones que los mitos, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas respecto al VIH/SIDA pueden influir en las actitudes que el adolescente asuma frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas, que a pesar de ser un tema muy tratado en la sociedad, esto no se hace suficiente para que muchos adolescentes tomen conciencia de la problemática que genera esta enfermedad, dejándose llevar por creencias culturales, prácticas inadecuadas, tabúes y mitos haciéndole caso omiso a la información que se le imparte (10).

3.6 SUSCEPTIBILIDAD FRENTE AL VIH

La susceptibilidad hace referencia a la percepción de riesgo que tiene una persona frente a una enfermedad específica. ONUSIDA con relación al VIH, la define como el riesgo o

probabilidad que tiene cualquier ser humano de adquirir el VIH (15). Las personas que se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, evitarán esa conducta de riesgo (17).

El bajo nivel de susceptibilidad y sumado a esto las características propias de su edad, desencadenan la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección por VIH en los adolescentes, lo cual los convierte en una población vulnerable frente a esta infección. Algunas de las conductas de riesgo que presentan los adolescentes y las adolescentes son el consumo de drogas y de alcohol, porque provocan un aumento inicial del deseo sexual y un bajo poder de raciocinio, induciendo a muchas personas a tener relaciones sexuales con gente desconocida y sin usar el preservativo (15).

3.7 AUTOEFICACIA FRENTE AL VIH

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias que tiene el individuo sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce de su funcionamiento en situaciones futuras. La autoeficacia influye en diversos comportamientos del ser humano porque permite implantar un comportamiento deseado, genera y conserva la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, y permite conocer el proceso cognitivo y las emociones experimentadas al llevar a cabo un comportamiento o al anticipar los resultados (15, 16).

Por lo que se puede decir que la autoeficacia frente al VIH en el ser humano contribuye a desarrollar conductas saludables y mantener la motivación para una constante prevención, evitando de esta manera la adquisición de esta enfermedad. La autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero (a) sexual sobre las parejas y relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido emitidas, y finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo (15).

A medida que aumentan los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (28, 33); por lo que se podría decir que la autoeficacia en una persona contribuye al desarrollo y mantenimiento de comportamientos saludables, al conservar la motivación por una continua prevención, como el caso de la infección por VIH (13).

Por lo anterior una forma de poner en practica la autoeficacia es por medio de las conductas saludables como las practicas seguras, la evitación de la promiscuidad, la higiene sexual (conducta para evitar intercambio de fluidos y secreciones corporales que puedan contener VIH) y una de las conductas más saludable será el uso de preservativos que ayudaría a la prevención de la infección por VIH; considerando que el condón es un método anticonceptivo de barrera que puede ser usado por hombre y mujeres. El buen uso de este método sería la mejor forma de prevenir la infección si los adolescentes tienen autoeficacia en su uso.

Teniendo en cuenta que vía sexual es la principal forma de contraer la infección por VIH, el uso de condón es una forma efectiva y accesible no sólo para evitar la infección por VIH sino también una medida contraceptiva en la evitación de embarazos no planeados en todas las poblaciones sexualmente activas (35).

Por lo cual es importante que los adolescentes conozcan el uso y los beneficios de este y así la autoeficacia entendida como la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y su control frente a diversas situaciones, será mucho mejor dándole al adolescente la capacidad abstenerse de tener relaciones sexuales sin protección, de indagar sobre las relaciones anteriores de su pareja y así disminuir la probabilidad de enfermar por VIH (9, 34).

4. METODOLOGIA

4.1 Diseño de investigación

Estudio de tipo descriptivo transversal.

4.2 Población

La población diana corresponde a 67.358 adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena, de instituciones oficiales de la zona urbana.

La Población accesible o de estudio está conformada por 15.686 adolescentes escolarizados, matriculados en los grados 10 y 11 de las instituciones educativas oficiales de Cartagena.¹

4.3 Muestra

La muestra estará constituida por 567 adolescentes escolarizados de grados 10° y 11° de instituciones oficiales de la ciudad de Cartagena, la cual surge después de aplicar la fórmula de población infinita:

$$n = \frac{Z^2 \cdot (P \cdot Q)}{e^2}, \text{ donde:}$$

Z=Nivel de confianza: 95%= 1,96

P= Proporción esperada del evento: 14% =0,14 (36)

Q= Complemento de P de 86% o 0,86

e= Margen de error de 3% o 0,03

$$n = \frac{(0.14 \times 0.86) \times 1.96^2}{0.03^2} = \frac{0.1 \times 3.84}{0.0009} = 567$$

Ajustando el tamaño de la muestra al porcentaje de pérdidas con la fórmula:

$$n_0 = \frac{n}{1 - R}, \text{ Donde:}$$

n_0 = Tamaño de la muestra ajustada

n= Muestra calculada

R= Porcentaje de pérdidas: 12%

Para un tamaño de muestra final de **580** adolescentes escolarizados.

¹ Directorio de matrícula oficial y privada. Oficina de planeación. Secretaria de educación de Cartagena

4.4 Muestreo

En esta investigación se realizó un muestreo multi-etapico probabilístico; se realizó un muestreo probabilístico sistemático, para la selección de los colegios oficiales con grados 10° y 11° que participan en el estudio, escogiendo las instituciones; una cada dos colegios de la lista por localidad de la ciudad de Cartagena (Histórica y del caribe Norte; De la virgen y turística e industrial y de la bahía)

Posterior a la selección de los colegios, se aplicó un muestreo estratificado para determinar el número de estudiantes por grupo de colegios en cada localidad y finalmente por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple fueron seleccionados los estudiantes a quienes les fue aplicado el instrumento utilizando un listado de alumnos matriculados en los años 2014-2015. Los nombres de las instituciones y de los estudiantes participantes en el estudio no son revelados por efectos de confidencialidad.

Tabla 1. Numero de instituciones educativas y estudiantes a seleccionar por localidad.

Localidad	# de colegios oficiales totales con grado 10 y 11	Población de alumnos por colegios oficiales de 10° – 11° grado.	Numero de colegios oficiales seleccionados por localidad.	Número de estudiantes a seleccionar por cada localidad.	Número de estudiantes a seleccionar por colegio oficial
De la virgen y turística	27	4.821	10 Instituciones	180 Estudiantes. 30.72%.	18 Estudiantes
Histórica y caribe norte	23	4.741	7 Instituciones	175 Estudiantes. 30.19%.	25 Estudiantes
Industrial y de la bahía	26	6.124	9 Instituciones	225 Estudiantes. 39.07%.	25 Estudiantes.
Total	76 colegios	15.686 estudiantes.	26 Instituciones en total	580 estudiantes.	

4.5 Criterios de inclusión

- Que se encuentren en la etapa de adolescencia tardía (15 a 19 años)
- Instituciones oficiales de la ciudad de Cartagena con grados 10° y 11°
- Zona urbana de Cartagena (las 3 localidades)
- Jornada diurna

4.6 Criterios de exclusión

- Estudien y trabajen

4.7 Técnicas y procedimientos

El método que se utilizó para la recolección de datos fue el de encuesta con técnica de cuestionario.

Inicialmente se coordinó con los rectores a cargo de las distintas instituciones seleccionadas de la zona urbana de la ciudad de Cartagena por medio de una carta en donde se informó el procedimiento, luego se coordinó con cada uno de los profesores a cargo de los grados 10° y 11° a abordar de la jornada diurna y programar el espacio para la aplicación del instrumento.

Posteriormente se tramitó el consentimiento informado (ver anexo I y II) con la intervención del profesional de Psicología o algún directivo de la institución educativa, con el fin de pedir el aval e informar a los padres de familia de los adolescentes menores de edad lo que se haría, por lo cual fue necesario que los estudiantes llevaran el consentimiento por escrito a sus casas y lo devolvieran. Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta de perfil sociodemográfico para la información general de cada participante (Ver anexo III) y el instrumento “Escala VIH/SIDA 66” (anexo IV) se explicó de forma breve y clara como llenarla, al final de esto se procedió a recoger el cuestionario y se aclararon algunas de dudas que surgieron; posterior a esto se procesó en una base de datos computarizada, mediante la utilización del programa “Microsoft EXCEL” para el análisis de los datos obtenidos.

4.8 Instrumentos de medición

En la siguiente investigación el instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue la Escala VIH/SIDA-66. (Ver Anexo III) Se trata de la versión reducida y adaptada al castellano de los ítems del cuestionario VIH/SIDA-164 desarrollados por Paniagua et al. La versión castellana tiene un total de 66 ítems y se compone de cinco sub-escalas, que reportaron para esta investigación un buen comportamiento psicométrico, subdivididas así:

1. Conocimientos sobre hechos relacionados con el VIH/sida, (20 ítems) (alfa de Cronbach= 0,73). El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 20;
2. Ideas erróneas (20 ítems) (alfa de Cronbach= 0,83), siendo el rango de puntuaciones entre 0 y 20;
3. Actitud negativa hacia el VIH/sida (12 ítems) (alfa de Cronbach= 0,79), siendo 12 la puntuación máxima y 0 la mínima;
4. Susceptibilidad frente al VIH/sida (5 ítems) (alfa de Cronbach= 0,53), pudiéndose obtener un máximo de 5 puntos y un mínimo de 0;
5. Autoeficacia en la prevención de la infección por el VIH (9 ítems) (alfa de Cronbach= 0,76). El rango de puntuaciones va desde 0 a 9. Existen tres (3) opciones de respuesta a todos los ítems de la escala: “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “No sé”.

En esta investigación se tienen en cuenta todas las subcategorías que estudia este instrumento, además se asigna un valor porcentual asignado por las investigadoras a las puntuaciones para la calificación y clasificación general de los resultados, de acuerdo a lo propuesto por los autores. Por tanto para la calificación de los conocimientos, se considera bueno si se responde de manera acertada del 80 – 100% de las preguntas, regular si el puntaje se encontraba entre 60- 80% y malo si el porcentaje es menor de 60%. Para la escala de actitudes, se consideraron positivas aquellas con un porcentaje superior al 60% y negativas las de porcentaje inferior. Esta misma escala porcentual, se aplica para la determinación de la susceptibilidad y la autoeficacia (esta última calificada como baja y alta).

4.9 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Perfil Socio demográfico	Son todas las características fundamentales que identifican a una determinada población	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal
		Edad	Años cumplidos	Cualitativa	Razón
		Nivel socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Cualitativo	Ordinal
		Escolaridad	Secundaria	Cualitativa	Nominal
		Estado civil	Soltero Casado Separado Unión libre	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Estudiante	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Conocimientos	Los conocimientos son considerados como aspecto central que influye en el riesgo y la percepción que tengan los adolescentes sobre el	Nivel de conocimientos	Bueno (80 – 100%) Regular (60-80%) Malo (< 60%)	Cualitativo	Ordinal

	VIH/Sida				
Actitudes	Las actitudes son disposiciones que le permiten al ser humano actuar selectivamente en sus interacciones sociales, e inciden en la forma de actuar y de comportarse frente a diversas situaciones.	Principales actitudes	Positivas (>60%) Negativa (< 60%)	Cualitativo	Ordinal
Susceptibilidad	La susceptibilidad hace referencia a la percepción de riesgo que tiene una persona frente a una enfermedad específica.	Nivel de susceptibilidad	Bueno (60% - 100%) Malo (< 60%)	Cualitativa	Ordinal
Autoeficacia	La autoeficacia entendida como la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y su control frente a diversas situaciones.	Nivel de autoeficacia	Alta (%60 - 100%) Baja (< 60%)	Cualitativa	Ordinal

4.10 Aspectos éticos

En esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de acuerdo con lo establecido en la declaración de Helsinsky (37) y la Resolución 008430/93 capítulo 1 artículo 5 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” y en la Ley 911 de 2004 capítulo IV artículo 29 “En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. Así mismo se guardaron los siguientes criterios:

Se contó con el consentimiento informado (Ver Anexo I y II) y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal en caso de que este fuera menor de edad y el consentimiento informado del menor de edad. De igual manera se les informó a los participantes los riesgos y garantías de seguridad que se les fue brindado, así mismo se garantizó que se guardarían los principios de beneficencia y no maleficencia a los participantes en la investigación.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción sociodemográfica de la población

En el estudio participaron 579 estudiantes de grado 10° y 11° instituciones educativas oficiales de Cartagena quienes completaron satisfactoriamente el instrumento, con edades comprendidas entre 15 y 19 años, de los cuales la edad promedio fue de 15.95 años. En cuanto al sexo el 65.6 % (380) correspondió al femenino y el 34.3% (199) al masculino, de estos solo 0.6% (4) tienen hijos y el estrato socioeconómico que más predominó fue 2, con el 39.6% (231); y solo el 4.5% (26) vive en unión libre (ver Tabla 1)

5.2 Conocimientos sobre la infección por VIH de los adolescentes participantes

Con relación a los conocimientos que tienen los estudiantes sobre la infección por VIH se encontró que 92.5% (544) piensa que los hombres con sida pueden infectar a las mujeres, y viceversa; 90.8% (526) afirma que se puede transmitir a través del semen; 81.3% (471) conceptúa que cualquier persona lo puede contraer.

El 80.4% (477) de los estudiantes piensa que se puede transmitir de forma vertical y un 17.7 % (102) no estuvo de acuerdo o no sabe; 71.3% (413) cree que el virus debilita el sistema inmune, y un 28.7% (166) respondió de manera negativa o no saber; 58.4% (338) afirma que se puede contraer a través de penetración anal y un 41.6% (241) respondió falso o no saber; 84.5% (489) afirma que el SIDA no es causado por un virus. (Ver tabla 2).

En cuanto a las ideas erróneas se encontró que 40.1% (232) responde no saber o afirma que el virus se puede contraer compartiendo cuchillos tenedores o vasos; un 27.6% (160) conceptúa que por medio de microorganismos en el aire; 57.1% (231) piensa que se puede contraer a través de la saliva o no sabe; 50.9% (295) cree que se puede contraer el virus en una piscina y un 63.9% (370) afirma o dicen no saber si con un análisis de sangre se puede saber si alguna vez se tendrá SIDA. (Ver tabla 3)

En general el 55% (319) de los adolescentes participantes en la investigación tuvieron buenos conocimientos sobre el VIH/SIDA y el 10% (58) conocimientos regulares y 35% (202) tienen conocimientos malos o deficientes. (Ver tabla 7)

5.3 Actitud sobre la infección por VIH de los adolescentes participantes

En lo que tiene que ver con la actitud frente a la infección por VIH, los adolescentes en un 81% (469) están de acuerdo con que se permita que las personas con SIDA utilicen los autobuses públicos, y un 82,4% (477) estuvo de acuerdo en que vivan en edificios de apartamentos; un 69.6% (403) conceptuó que no rechazaría sentarse cerca de una persona con SIDA y un 30.4% (176) respondió estar de acuerdo o no saber si serían capaces de hacerlo; sin embargo el 49.7% (288) se sentirían incómodos usando el mismo servicio y vestuario de personas con SIDA; solo el 38 % (220) piensa que se debería permitir que las personas con sida trabajen en restaurantes y el 62%(359) está de acuerdo o no saben; un 45.9% (266) están de acuerdo o no saben si las personas que tienen el virus del SIDA deban servir al público (p. ej., camarero/a, cocinero/a, peluquero/a). (Ver tabla 4)

En general el 69.6% (400) de los adolescentes tuvieron actitud negativa y el 30.4% (179) actitud positiva frente a las personas que viven con la enfermedad. (Ver tabla 7)

5.4 Susceptibilidad sobre la infección por VIH de los adolescentes participantes

En cuanto a la variable susceptibilidad ante afirmaciones que fueron puestas consideración de los jóvenes relacionadas con el hecho de que sólo las personas que se inyectan drogas tienen que preocuparse por el SIDA” 69.1% (400) respondió estar en desacuerdo y el 30.9% respondió estar de acuerdo o no saber; ante afirmaciones como que los habitantes de Colombia no deberían preocuparse por el virus del VIH/SIDA el 82.7%(479) manifestaron estar en desacuerdo, por otro lado al consultárseles si ellos directamente se creían la clase de persona que pudiera contraer el virus del SIDA el 53.9% (312) respondió estar en desacuerdo y el 46.1(267) respondió estar de acuerdo o no saber; y si la pregunta se dirigía a que sólo los homosexuales varones deberían preocuparse del SIDA el 67% (388) respondió estar en desacuerdo y un 33%(191) respondió no saber o estar de acuerdo. (Ver tabla 5).

En general el 46.1% (266) tienen mala susceptibilidad o no se consideran susceptibles de padecer la infección y el 58.4% (313) tienen un buen nivel de susceptibilidad. (Ver tabla 7)

5.5 Autoeficacia sobre la infección por VIH de los adolescentes participantes

En autoeficacia los resultados muestran que el 93.1% (539) de los adolescentes se considera capaz de pedirle a su pareja que use condón; de igual manera el 31.9% (185) no creen que serían capaces de decirle a su pareja sexual con cuántas personas han tenido relaciones sexuales antes que con él/ella; el 74.6% (432) le preguntaría a su pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya; el 49.5(287) de los participantes manifestaron no poder o no saber si eran capaces de conseguir condones fácilmente y solo el 51.1% (296) es capaz de contarle a su pareja si han tenido relaciones sexuales con alguien bisexual. (Ver tabla 6).

En general el 49.5% (286) de los adolescentes encuestados tienen baja autoeficacia y el 50.4% (293) un alto nivel de autoeficacia. (Ver tabla 7)

6. DISCUSIÓN

En esta investigación se observó que el nivel de conocimientos sobre la enfermedad en una parte de los adolescentes se encuentra en un nivel regular o deficiente de manera general, esto sumado a las características propias de la edad puede producir conductas de riesgo a causa del desconocimiento en cuanto a la transmisión, prevención y evolución de la enfermedad y además el aumento de ideas erróneas por la inmadurez propia de la etapa. En la investigación se hace evidente que los adolescentes a causa del regular conocimiento sobre VIH, tienen muchas ideas erróneas sobre la enfermedad, repercutiendo en actitudes negativas. Es de tener en cuenta que el nivel de conocimiento no garantiza el comportamiento preventivo de los adolescentes, sino que ayuda a mejorarlo y a disminuir el grado de ideas erróneas que ellos presenten; hallazgo que coincide con la investigación realizada por Uribe A en un estudio realizado con 222 adolescentes en la ciudad de Cali, donde plantea que los conocimientos no están directamente relacionados con las conductas de prevención si no que solo disminuyen la probabilidad de transmisión y la presencia de ideas erróneas (10).

El riesgo de adquirir VIH además de estar ligado a la etapa del individuo también se deriva de los vacíos en conocimiento de los adolescentes como lo mostró esta investigación, lo que puede deberse a la calidad y a la fuente de este conocimiento; teniendo en cuenta lo que plantea Díaz C, en un estudio realizado con 919 estudiantes en la ciudad de Cartagena de indias, (38) quien manifiesta que el déficit de conocimientos puede ser debido a que la información sobre sexualidad que reciben los jóvenes suele ser superficial, desvirtuada y fragmentada, siendo rutinaria o con muchos estereotipos y la mayoría de las veces no ofrece información sobre situaciones o preocupaciones individuales. Así mismo, Gómez E en su investigación realizada con 2.625 estudiantes de secundaria de Cartagena sugiere fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva con una visión integral que permita la adopción de conocimientos y valores personales y pro sociales que se expresen a diario en comportamientos saludables, de autocuidado, de respeto de la propia integridad física y de la pareja (39). Por tanto es importante resaltar, que en la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes, el contexto social y la comunicación asertiva (con padres, maestros, profesionales de salud) juegan un papel fundamental. Según Gayet C en un estudio realizado con 4 886 jóvenes de 15 a 19 años en México, se ha demostrado que una educación sexual que no se adecue a los contextos socioculturales en los que se desarrollan los jóvenes es poco efectiva y no necesariamente da lugar a cambios en las prácticas riesgosas (2).

Los conocimientos influyen en las actitudes y posturas que los adolescentes asumen frente a las personas infectadas por VIH/SIDA en la presente investigación se evidencia que los adolescentes participantes tienen conocimientos regulares y deficientes y esto se ve reflejado en que un porcentaje importante de adolescentes presentan actitudes negativas frente a las personas infectadas por VIH. Aun cuando muchos manifiestan tolerarlas y estar de acuerdo con que no deberían ser discriminadas por su condición de enfermedad; al consultarles directamente sobre si estarían dispuestos a compartir espacios privados con ellas como vestuarios o ser atendidos por ellas, su opinión cambia, situación que va acorde

con lo reportado por García A, quien plantea que las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas con VIH/SIDA se mantienen debido a que se sigue presentando el estigma frente a la infección (40).

De igual manera Uribe A en un estudio realizado con 222 adolescentes en la ciudad de Cali afirma que estos mostraban actitud positiva y consideraban que los portadores pueden convivir y desarrollarse normalmente dentro de una sociedad (10) sin embargo este mismo autor al extender el estudio y evaluar la población en diferentes ciudades (Cali, Bogotá, Armenia, Manizales y pasto) encuentra un fenómeno contrario, y observa que a medida que aumenta la edad en los adolescentes es menor el nivel de actitud positiva ante quienes conviven con el virus del VIH y además muestran altos índices de intolerancia ante estas personas (14).

Las diferentes posturas halladas en la sociedad frente a la infección o las creencias transmitidas sobre esta influyen en las actitudes que los adolescentes asumen bien sea frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas con VIH. Debido a las características propias del ciclo vital, los adolescentes buscan un lugar en la sociedad y pueden ser fácilmente influenciados por el medio en el que se desenvuelven; por esto, muchos pueden estar de acuerdo con afirmaciones como que las personas portadoras de SIDA merezcan estar infectados. Resultados similares reporto Barros et al en su estudio realizado con 643 estudiantes en la ciudad de santo domingo de los colorados en Ecuador donde se plantea que los adolescentes pensaban que las personas diagnosticadas con VIH merecen estar infectados (41) lo que muestra que aún se hallan signos de discriminación, poca tolerancia y aceptación en esta población.

El simple hecho de ser adolescente genera vulnerabilidad, en esta investigación se hizo énfasis en ello para sopesar hasta qué grado los adolescentes realmente se perciben susceptibles ante la enfermedad, de cara a los resultados obtenidos con respecto a esta variable, se puede decir que los adolescentes tienen un bajo nivel de susceptibilidad o no se consideran susceptibles ante este virus; aun cuando conocen que el VIH es un problema de cuidado en Colombia y se muestran preocupados por la posibilidad de infectarse con el virus, consideran que este hecho está muy lejos ellos, o bien consideran que no son el tipo de personas que podrían adquirir esta enfermedad. Lo anterior puede estar muy relacionado con un estudio realizado por Di Clemente con adolescentes en donde muestra que el nivel de susceptibilidad es bajo frente a la infección por VIH (42), y que como plantea Uribe A en un estudio realizado con 222 adolescentes en la ciudad de Cali es importante continuar con el diseño de estrategias que contribuyan a que los adolescentes se consideren más susceptibles de infectarse, percibiendo la infección como un hecho real, que sucede producto de prácticas de riesgo y la influencia de otros factores (10). Por esto, la susceptibilidad se considera un aspecto relevante en la medida en que al percibirse susceptibles los adolescentes pueden adoptar conductas protectoras (42).

La creencia de ser susceptible ante el VIH debería repercutir en una conducta protectora que se conoce como autoeficacia. Este característica influye en los diversos comportamientos del ser humano y es la que finalmente puede llevar a los adolescentes a conservar o no hábitos encaminados a mantener el estado de salud, prevenir la enfermedad

y mitigar los riesgos. Esto responde al planteamiento de Bandura A quien afirma que la conducta esta mediada por un proceso de evaluación cognitiva, en la cual se integran conocimientos, expectativas de resultados, estados emocionales, influencias sociales y experiencias pasadas, de forma que se crea una estimación de la habilidad, capacidad o autoeficacia, para afrontar una determinada situación (43, 44, 45).

La muestra de adolescentes de la presente investigación proyectaron un “buen nivel de autoeficacia” en la medida en la que consideran ser capaces de hablar con su pareja sexual de gran variedad de temáticas relacionadas con su pasado sexual, así como sus preferencias sexuales y lo que desean para su relación actual; sin embargo, pese a esto un porcentaje significativo de adolescentes expresan limitaciones para adquirir preservativos, lo que pueden entorpecer la posibilidad de instaurar una conducta protectora mediada por la autoeficacia, y esto en realidad supondría poca autoeficacia para la prevención de la infección. Lo anterior concuerda con lo planteado por Vinaccia S y colaboradores con 300 adolescentes en la ciudad de Medellín donde se halló que los adolescentes muestran poca autoeficacia y que optan por prácticas sexuales irresponsables reflejado en la adopción de conductas que para ellos resultan más cómodos como el tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo (28).

Este estudio permite una mayor comprensión de las herramientas que disponen los adolescentes para prevenir la infección por VIH, además que puede ser un instrumento que ayude a una aproximación para la evaluación de los programas de salud sexual dirigidos a los adolescentes, tanto de los servicios de salud, como educativos y a la calidad de la información que estos adolescentes en riesgo reciben en el contexto escolar; toda vez, que son vulnerables no solo por el contexto, social y familiar sino también por la naturaleza de la etapa en la que se encuentra. La principal fortaleza de este estudio, además de la información que deriva, fue el hecho que los adolescentes participantes se instruyeron con respecto al VIH/SIDA y fueron resueltas las dudas que estos presentaron por medio de charlas educativas, dando de esta manera un aporte valioso para la construcción de conocimientos adecuados que ayuden a estos adolescentes a mejorar su percepción frente a el VIH/SIDA y a reducir las prácticas de riesgo.

El presente estudio tuvo como limitación principal la accesibilidad o disposición de algunas instituciones para la realización de las encuestas ya que las actividades académicas no les permitían interrupciones; otra limitación fue la celeridad para la consecución del consentimiento informado que debía ser diligenciado por los padres, ya que la mayoría de los jóvenes eran menores de edad.

7. CONCLUSIÓN

Tomando como base los resultados obtenidos y los hallazgos de investigaciones anteriores, se puede concluir que los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena vienen presentando niveles muy regulares en cuanto a conocimientos con respecto a medios de transmisión, población en alto riesgo e incluso en aspectos básicos sobre la infección como que está es generada por un virus, lo que permite vislumbrar que es muy poco lo que se está abordando acerca de ese tipo de temáticas en las aulas de clases, lo que repercute en conocimientos muy someros, elevados niveles de ideas erróneas e incluso actitudes negativas frente a las personas en condición de portador del VIH.

De igual forma los resultados hacen evidente que los jóvenes no están asidos a la autoeficacia, por lo que se encuentran jóvenes que experimentan con su sexualidad de forma insegura.

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones para futuras investigaciones con respecto a esta temática se considera importante que se investiguen las fuentes principales de los conocimientos que poseen los adolescentes sobre el VIH y la confiabilidad de estas, ya que se pudo evidenciar durante la aplicación de las encuestas que aún se tienen muchos mitos y vacíos sobre esta infección. Además tener en cuenta instituciones privadas para hacer un balance con las oficiales sobre el nivel de conocimiento, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH.

También sería bueno que los investigadores al finalizar estudios que impliquen poblaciones de este tipo (adolescentes) se dirijan a las instituciones y muestren en forma física o magnética un informe de los resultados obtenidos para que los directivos tengan una óptica de la situación que se está viviendo con relación a temáticas de este tipo y tomen las medidas necesarias para mejorar la situación implementando estrategias en educación.

Sería importante que se siguiera utilizando la estrategia de hacer educación sobre el tema para que así el beneficio sea mutuo entre investigadores y población objeto; y además se contribuya con la formación y orientación de estos en temas de salud pública como es el VIH e incentivándolos a la promoción y prevención de la enfermedad, siendo esto uno de los pilares de Enfermería.

Implementar en la escuela para padres un espacio en el que se puedan abordar temas de este tipo, para así contribuir a la desaparición de ideas erróneas y por consiguiente incrementar sus conocimientos con respecto al tema. De forma simultánea también se debe trabajar con adolescentes con características de liderazgo o voceros para que la información sea transmitida a la población adolescente por sus pares, pero en esta ocasión que la información sea veraz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Disponible en: http://www.who.int/hiv/mediacentre/PR_chapter7_A4_es.pdf Fecha de ingreso 28 09 2012
2. Barceló R, Navarro E. Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad 2013; 9 (2): 299-310.
3. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf Fecha de ingreso 08 de abril de 2015.
4. ONUSIDA. HOJA INFORMATIVA 2014. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf f. Fecha de ingreso 08 de abril de 2015.
5. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del Sida, 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf . fecha de acceso 25 Sept 2012.
6. Ministerio de salud. Boletín epidemiológico Colombia 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>. Fecha de acceso 08 de abril de 2015.
7. Semana. Este es el panorama de VIH/Sida en Colombia, 2012. Disponible en: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3>. Fecha de ingreso 08 de abril de 2015.
8. Naciones Unidas. Bolívar y Cartagena 2012 Estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bolivar.pdf . fecha de acceso: 8 de agosto de 2013.
9. El Planeta. 267 casos de VIH registrados en el 2010 en Cartagena. Disponible en: <http://www.elplaneta.co/article/267-casos-de-vih-registrados-en-el-2010-en-cartagena> . fecha de acceso: 25 Septiembre 2012.
10. Uribe A, Valderrama L, Sanabria A, Orcasita L, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico. 2009; 5 (12): 29-44.
11. El Universal. En Cartagena hay 2.300 personas diagnosticadas con VIH, 2014. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/en-cartagena-hay-2300-personas-diagnosticadas-con-vih-178380>.
12. Macchi1 M, Benítez L, Corvalán A, Núñez C, Ortigoza D. Conocimientos actitudes y practicas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana de Paraguay. Rev. Chil Pediatr. 2008; 79 (2): 206-217.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011. 25 De Mayo 2012. República De Colombia. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/resumen%20epidemia%20viih%20final%2021%20mayo_2012.pdf fecha de acceso: 10 febrero de 2013.
14. Uribe A, Orcasita L, Vergara T. Factores de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes y jóvenes colombianos. Act. Colom.Psicol. [en línea] 2012; [fecha de acceso Noviembre 5] 13(1) 11-24.
15. Mendoza L, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Acuña M, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev chil obstet ginecol. 2012; 77 (4): 271 – 279.
16. Periódico El país. Jóvenes del Valle inician su vida sexual más temprano que el resto de Colombia. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/valle/noticias/jovenes-valle-inician-su-vida-sexual-temprano-resto-colombia>. Fecha de acceso: 06 de mayo de 2015.
17. Uribe A, Vergara T, Barona C. Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en adolescentes de Cali-Colombia. RLCSNJ [En línea]. 2012. 7(2): 1513-1533.
18. Espada J, Guillén A, Moralesa A, Orgilésa M, Sierra J. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. Aten primaria. [en línea] 2014; 46(10): 558-564.
19. Ruiz A, Latorre C, Beltrán J. Conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev. SOGIA. 2005; 12(3): 86-93.
20. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Brochure . Fecha de acceso: 25 09 2012.
21. Secretaria de salud de México. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH · SIDA 2012. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>. Fecha de acceso 07 05 2013
22. Organización Mundial De La Salud. VIH/SIDA. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>. fecha de acceso: 5-abril-2013.
23. Secretaria de salud de Mexico. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf.
24. Encuesta Nacional de demografía y salud (ENDS). Conocimiento del VIH/sida y otras ITS. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=115 . Fecha de acceso: 27 09 2012.

25. UNICEF. La Adolescencia Una Época De Oportunidades. Disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf. fecha de acceso: 5 Julio 2013.
26. Dirección corporativa de administración subdirección de servicios de salud. Pemex. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>. fecha de acceso: octubre 12 2012.
27. Pineda C. Conocer, conmovier y la necesidad de cambiar la cultura frente al VIH / SIDA. Disponible en: http://48hxvida.org/web/IMG/pdf/conocer_conmover_y_cambiar.pdf . Fecha de acceso: 12 de octubre de 2012.
28. Vinaccia S, Quiceno J, Gaviria A, Soto A, Gil Llarío M, Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicol.* 2007; 25(1): 39-50.
29. Gamarra P. Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de villa san francisco-santaanita, lima-Perú. *The Biologist.* 2010; 8 (1): 54-72.
30. Tamayo S, López M, Villegas A, Agudelo C, Arrubla M, Muñoz J. Determinantes de salud sexual e ITS en adolescentes rurales, escolarizados, Medellín, Colombia, 2008. *Revista Salud Pública de Medellín.* 2011; 5(1): 7-24.
31. Díaz L, Torrente M, Ramírez E. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello-Colombia. *Med UNAB.* 2011; 14(1) 15-25.
32. Barceló R, Navarro E. Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. *Salud uninorte* 2013; 29 (2): 298-314.
33. Uribe A, Orcasita L. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autosuficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Rev. de Psicol. U de Ant.* 2011; 3 (1): 39-57.
34. Profamilia. El condón y la doble protección. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/vih/sida/images/user/condon.pdf> . Fecha de acceso: 13 06 2013
35. Ceballos G, Campo A. Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de santa Martha, Colombia: diferencias por género. *Med UNAB.* 2005. 8(2): 59-64.
36. Gómez E, Cogollo Z. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública.* 2011; 13 (5):778-784.
37. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf. Fecha de acceso noviembre 7 de 2013.
38. Díaz C, Cantillo L, García K, Martínez L, Vega J. Conocimientos sobre VIH/ SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia, 2011. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(2): 38-52.
39. Herney A, Rengifo R, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano.

- Rev. salud pública. 2012. [fecha de acceso 20 de marzo de 2015]. 14(4) 558-569. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02>
40. García A. Educación y prevención del SIDA. Anal. Psicol. 2005; 21(1): 50-57.
 41. Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/Sida en adolescentes. Rev. Panam. Salud Pública. 2001; 10(2): 86-94.
 42. Di Clemente R, Crosby R, Wingood G. la prevención del VIH en adolescentes. Perspectiva. 2002; 32(2): 22-43.
 43. Fernández E. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agxfee9232111100/texto.html>. (fecha de acceso 21 de marzo de 2015).
 44. Del Castillo A, Mayorga L, Guzmán R, Escorza F, Gutiérrez I, Hernández M, et al. Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/sida en estudiantes de psicología de la UAEH. Rev. Cient. Elect. de psicol. 2012; 13 (1): 28-55.
 45. Ballester R, Gil-Llario M, Ruiz E, Giménez C. Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. Anal. Psicol. 2013; 29(1): 76-82.
 46. Navarro E; Vargas R. Diferencias en los conocimientos actitudes y comportamiento sexuales relacionados con el sida, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. Colombia Médica. 2011; 32(1): 32-40.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYOR DE EDAD

Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía N° _____ expreso mi consentimiento para participar de manera voluntaria como sujeto de estudio en el proyecto de investigación ***“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SUSCEPTIBILIDAD FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH, Y AUTOEFICACIA EN EL USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE CARTAGENA”*** dado que he conocido y comprendido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y entendiendo que:

- * No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación
- * No haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio
- * Se guardara estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración
- * Puedo solicitar información sobre el investigador responsable.
- * Puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

Lugar y fecha _____

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma del investigador que proporcionó la información para fines de consentimiento _____

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD

YO _____ identificado con la cedula de ciudadanía N° _____ Responsable directo del joven _____ de _____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SUSCEPTIBILIDAD FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH, Y AUTOEFICACIA EN EL USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE CARTAGENA”**

Luego de haber conocido y comprendido la información sobre dicho proyecto y entendido que:

- * No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación
- * No haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio
- * Se guardara estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración
- * Puedo solicitar información sobre el investigador responsable o bien llamar a la Facultad de Enfermería de la UDC al teléfono 669-8181

Lugar fecha _____

Nombre y firma del responsable _____

Nombre y firma del investigador que proporcionó la información para fines de consentimiento _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

C.C: _____

C.C: _____

FECHA: _____

FECHA: _____

ANEXO III

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____

Ciudad _____

Residencia Actual: _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Unión Libre _____

Tiene hijos: Si _____ No _____ N° de hijos _____

Escolaridad: Primaria completa _____ Primaria incompleta _____ Secundaria completa _____
Secundaria incompleta _____

Nivel Socioeconómico: Estrato 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Ocupación: Estudia _____ trabaja _____ Estudia y trabaja _____ otros _____

ANEXO IV

INSTRUMENTO – ESCALA VIH/SIDA 66

A continuación vas a leer una serie de frases. Con respecto a cada frase que leas, elige sólo una respuesta de las que aparecen, y marca con una X aquella que consideres la mejor. Las opciones serán DE ACUERDO, EN DESACUERDO, NO SÉ.

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
1.- Una mujer embarazada que tenga el virus del SIDA puede transmitírselo a su feto			
2.- Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen			
3.- Usar un condón durante la relación sexual puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA			
4.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos			
5.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las relaciones sexuales con penetración del pene			
6.- Los hombres con el SIDA pueden infectar a las mujeres			
7.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de microbios que hay en el aire			
8.- El SIDA es una enfermedad que puede causar la muerte de la persona			
9.- Recibir una transfusión o donación de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA			
10.- Las mujeres con el SIDA pueden infectar a los hombres			
11.- Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el SIDA			
12.- Casi todos los homosexuales varones tienen el virus del SIDA			
13.- Cualquier persona puede contraer el virus del SIDA			
14.- Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con el SIDA			
15.- El SIDA es causado por un virus			
16.- Es posible que una persona contraiga el SIDA o el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público			
17.- Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los servicios públicos			

18.- Se puede contraer el virus del SIDA estando en la misma habitación que alguien que tenga el SIDA			
19.- Las personas pueden contraer el virus del SIDA fumando drogas			
20.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona			
21.- Las personas con el SIDA pueden contraer otras enfermedades debido al SIDA			
22.- En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA			
23.- Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de enfermedad			
24.- El uso de pastillas anticonceptivas (para evitar embarazos) puede reducir la probabilidad de contraer el virus del SIDA			
25.- Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas			
26.- Es posible que una persona contraiga el SIDA a través del cocinero de un restaurante			
27.- El virus del SIDA se puede transmitir a través de fluidos vaginales femeninos (secreciones que se producen en la vagina)			
28.- Las transfusiones o donaciones de sangre son, en la actualidad, generalmente seguras			
29.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las lágrimas			
30.- Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como una peinilla o un cepillo del cabello			
31.- El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones			
32.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal			
33.- Si besas a alguien con el SIDA contraerás la enfermedad			
34.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de la saliva			
35.- El virus del SIDA puede transmitirse entre dos varones que tengan relaciones sexuales			
36.- El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA			

37.- Se puede contraer el virus del SIDA en una piscina			
38.- Se puede contraer el virus del SIDA al inhalar drogas (consumiendo drogas por vía nasal)			
39.- Se puede contraer el SIDA a través de alguien que esté infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad			
40.- Con un análisis de sangre se puede saber si tú alguna vez tendrás el SIDA			
AFIRMACIONES	De acuerdo	En desacuerdo	No sé
41.- Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que usemos un condón			
42.- Creo que sólo las personas que se inyectan drogas tienen que preocuparse por el SIDA			
43.- EL SIDA es un problema de salud que suele darse en Estados Unidos y Colombia por lo tanto, no es algo de lo que la gente de mi país tenga que preocuparse			
44.- Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA			
45.- Yo no soy la clase de persona que pueda contraer el virus del SIDA			
46.- Soy capaz de decirle a mi pareja sexual con cuántas personas he tenido relaciones sexuales antes que con él/ella			
47.- Yo no me tengo que preocupar sobre la posibilidad de contraer el virus del SIDA			
48.- Me sentiría incómodo/a usando el mismo servicio y vestuario que personas con el SIDA			
49.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja sexual si él/ella ha practicado sexo anal			
50.- Las personas que se inyectan drogas y los homosexuales que contraen el SIDA tienen lo que se merecen			
51.- Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente			
52.- Las personas que tienen el SIDA deberían ser apartadas para garantizar la seguridad de los demás			
53.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya			
54.- A personas con el SIDA no se les debería permitir trabajar con comidas en restaurantes			

55.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo			
56.- Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual			
57.- El SIDA es la forma que Dios tiene de castigar a las personas por sus malas acciones			
58.- Soy capaz de llevar condón por si decido mantener relaciones sexuales			
59.- No se debería permitir que las personas con el SIDA utilicen los autobuses públicos			
60.- No se debería permitir que las personas con el SIDA vivan en edificios de apartamentos			
61.- No se debería permitir que los/as alumnos/as que tienen el SIDA asistan a clase			
62.- Utilizo un condón cuando tengo una nueva pareja sexual			
63.- No se debería permitir que las personas que tienen el virus del SIDA puedan ser profesores			
64.- No se debería permitir que las personas que tienen el virus del SIDA sirvan al público (p. ej., camarero/a, cocinero/a, peluquero/a)			
65.- Las personas con el SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás			
66.- Creo que sólo los homosexuales varones deberían preocuparse del SIDA			

ANEXO V

Tabla 1. Variables sociodemográficas. Adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	375	64.7%
Masculino	204	35.3%
Estrato socioeconómico		
1	251	43.3%
2	231	39.8%
3	88	15.1%
4	12	2.07%
5	1	0.17%
6	1	0.17%
Estado civil		
Soltero	553	95.6%
Unión libre	26	4.4%
Total	579	100%

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.

Tabla 2. Nivel de conocimientos frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de Cartagena

AFIRMACIONES	F	%	V	%	No sé	%	Total
1.- Una mujer embarazada que tenga el virus del SIDA puede transmitírselo a su feto	27	4,7%	477	82,4%	75	13,0%	579
2.- Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen	8	1,4%	526	90,8%	45	7,8%	579
3.- Usar un condón durante la relación sexual puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA	50	8,6%	481	83,1%	48	8,3%	579
5.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las relaciones sexuales con penetración del pene	9	1,6%	537	92,7%	33	5,7%	579
6.- Los hombres con el SIDA pueden infectar a las mujeres	14	2,4%	544	94,0%	21	3,6%	579
8.- El SIDA es una enfermedad que puede causar la muerte de la persona	14	2,4%	540	93,3%	25	4,3%	579
9.- Recibir una transfusión o donación de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA	9	1,6%	533	92,1%	37	6,4%	579
10.- Las mujeres con el SIDA pueden infectar a los hombres	14	2,4%	527	91,0%	38	6,6%	579
13.- Cualquier persona puede contraer el virus del SIDA	50	8,6%	471	81,3%	58	10,0%	579
15.- El SIDA es causado por un virus	489	84,5%	45	7,8%	45	7,8%	579
21.- Las personas con el SIDA pueden contraer otras enfermedades debido al SIDA	37	6,4%	314	54,2%	228	39,4%	579
22.- En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA	118	20,4%	322	55,6%	139	24,0%	579
23.- Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de enfermedad	142	24,5%	244	42,1%	193	33,3%	579
25.- Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar en-	136	23,5%	245	42,3%	198	34,2%	579

firmas							
27.- El virus del SIDA se puede transmitir a través de fluidos vaginales femeninos (secreciones que se producen en la vagina)	63	10,9%	319	55,1%	197	34,0%	579
28.- Las transfusiones o donaciones de sangre son, en la actualidad, generalmente seguras	222	38,3%	165	28,5%	192	33,2%	579
31.- El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones	36	6,2%	413	71,3%	130	22,5%	579
32.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal	59	10,2%	338	58,4%	182	31,4%	579
35.- El virus del SIDA puede transmitirse entre dos varones que tengan relaciones sexuales	83	14,3%	322	55,6%	174	30,1%	579
39.- Se puede contraer el SIDA a través de alguien que esté infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad	52	9,0%	394	68,0%	133	23,0%	579

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información

Tabla 3. Nivel de conocimientos (ideas erróneas) frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de Cartagena

AFIRMACIONES IDEAS ERRÓNEAS	F	%	V	%	No sé	%	Total
4.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos	34	59,9%	130	22,5%	102	17,6%	579
7.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de microbios que hay en el aire	41	72,4%	36	6,2%	124	21,4%	579
11.- Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el SIDA	34	59,4%	33	5,7%	202	34,9%	579
12.- Casi todos los homosexuales varones tienen el virus del SIDA	23	40,2%	94	16,2%	252	43,5%	579

14.- Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con el SIDA	48 9	84,5%	45	7,8%	45	7,8%	579
16.- Es posible que una persona contraiga el SIDA o el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público	52 9	91,4%	11	1,9%	39	6,7%	579
17.- Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los servicios públicos	49 5	85,5%	17	2,9%	67	11,6%	579
18.- Se puede contraer el virus del SIDA estando en la misma habitación que alguien que tenga el SIDA	43 7	75,5%	22	3,8%	120	20,7%	579
19.- Las personas pueden contraer el virus del SIDA fumando drogas	37 6	64,9%	27	4,7%	176	30,4%	579
20.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona	35 6	61,5%	72	12,4 %	151	26,1%	579
24.- El uso de pastillas anticonceptivas (para evitar embarazos) puede reducir la probabilidad de contraer el virus del SIDA	33 4	57,7%	43	7,4%	202	34,9%	579
26.- Es posible que una persona contraiga el SIDA a través del cocinero de un restaurante	27 5	47,5%	123	21,2 %	181	31,3%	579
29.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las lágrimas	43 1	74,4%	32	5,5%	116	20,0%	579
30.- Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como una peinilla o un cepillo del cabello	39 9	68,9%	63	10,9 %	117	20,2%	579
33.- Si besas a alguien con el SIDA contraerás la enfermedad	29 2	50,4%	150	25,9 %	137	23,7%	579
34.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de la saliva	24 8	42,8%	186	32,1 %	145	25,0%	579
36.- El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA	27 7	47,8%	107	18,5 %	195	33,7%	579
37.- Se puede contraer el virus del SIDA en una piscina	28 4	49,1%	72	12,4 %	223	38,5%	579
38.- Se puede contraer el virus del SIDA al inhalar drogas (consumiendo drogas por vía nasal)	28 6	49,4%	56	9,7%	237	40,9%	579

40.- Con un análisis de sangre se puede saber si tú alguna vez tendrás el SIDA	20 9	36,1%	223	38,5 %	147	25,4%	579
---	---------	-------	-----	-----------	-----	-------	-----

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.

Tabla 4. Nivel de actitud frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de Cartagena

AFIRMACIONES DE ACTITUD NEGATIVA	De acuerdo	%	En desacuerdo	%	No sé	%	Total
44.- Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA	42	7,3%	403	69,6%	134	23,1%	579
48.- Me sentiría incómodo/a usando el mismo servicio y vestuario que personas con el SIDA	288	49,7%	176	30,4%	115	19,9%	579
50.- Las personas que se inyectan drogas y los homosexuales que contraen el SIDA tienen lo que se merecen	47	8,1%	377	65,1%	155	26,8%	579
52.- Las personas que tienen el SIDA deberían ser apartadas para garantizar la seguridad de los demás	104	18,0%	398	68,7%	77	13,3%	579
54.- A personas con el SIDA no se les debería permitir trabajar con comidas en restaurantes	220	38,0%	192	33,2%	167	28,8%	579
57.- El SIDA es la forma que Dios tiene de castigar a las personas por sus malas acciones	66	11,4%	403	69,6%	110	19,0%	579
59.- No se debería permitir que las personas con el SIDA utilicen los autobuses públicos	38	6,6%	469	81,0%	72	12,4%	579
60.- No se debería permitir que las personas con el SIDA vivan en edificios de apartamentos	29	5,0%	477	82,4%	73	12,6%	579
61.- No se debería permitir que los/as alumnos/as que tienen el SIDA asistan a clase	51	8,8%	457	78,9%	71	12,3%	579

63.- No se debería permitir que las personas que tienen el virus del SIDA puedan ser profesores	46	7,9%	432	74,6%	101	17,4%	579
64.- No se debería permitir que las personas que tienen el virus del SIDA sirvan al público (p. ej., camarero/a, cocinero/a, peluquero/a)	117	20,2%	313	54,1%	149	25,7%	579
65.- Las personas con el SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás	56	9,7%	442	76,3%	81	14,0%	579

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.

Tabla 5. Nivel de susceptibilidad frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de Cartagena

AFIRMACIONES SUSCEPTIBILIDAD	De acuer- do	%	En desacuerdo	%	No sé	%	To- tal
42.- Creo que sólo las personas que se inyectan drogas tienen que preocuparse por el SIDA	41	7,1%	400	69,1 %	138	23,8 %	579
43.- EL SIDA es un problema de salud que suele darse en Estados Unidos y Colombia por lo tanto, no es algo de lo que la gente de mi país tenga que preocuparse	46	7,9%	479	82,7 %	54	9,3%	579
45.- Yo no soy la clase de persona que pueda contraer el virus del SIDA	111	19,2 %	312	53,9 %	156	26,9 %	579
47.- Yo no me tengo que preocupar sobre la posibilidad de contraer el virus del SIDA	76	13,1 %	442	76,3 %	61	10,5 %	579
66.- Creo que sólo los homosexuales varones deberían preocuparse del SIDA	84	14,5 %	388	67,0 %	107	18,5 %	579

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.

Tabla 6. Nivel de autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de Cartagena

AFIRMACIONES AU- TOEFICACIA	De acuerdo	%	En desacuerdo	%	No sé	%	Total
41.- Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que usemos un condón	539	93,1%	14	2,4%	26	4,5%	579
46.- Soy capaz de decirle a mi pareja sexual con cuántas personas he tenido relaciones sexuales antes que con él/ella	394	68,0%	87	15,0%	98	16,9%	579
49.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja sexual si él/ella ha practicado sexo anal	405	69,9%	62	10,7%	112	19,3%	579
51.- Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente	292	50,4%	145	25,0%	142	24,5%	579
53.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya	432	74,6%	67	11,6%	80	13,8%	579
55.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo	402	69,4%	62	10,7%	115	19,9%	579
56.- Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual	296	51,1%	140	24,2%	143	24,7%	579
58.- Soy capaz de llevar condón por si decido mantener relaciones sexuales	402	69,4%	74	12,8%	103	17,8%	579
62.- Utilizo un condón cuando tengo una nueva pareja sexual	398	68,7%	77	13,3%	104	18,0%	579

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.

Tabla 7. Resultado general de las variables.

Variables	Clasificación	Valor absoluto	%
Conocimientos sobre VIH en adolescentes	Bueno	319	55%
	Regular	58	10%
	Malo	202	35%
Actitudes sobre VIH en adolescentes	Positiva	179	30.4%
	Negativa	400	69.6%
Susceptibilidad sobre VIH en adolescentes	Buena	313	58.4%
	Mala	266	46.1%
Autoeficacia sobre VIH en adolescentes	Alto	293	50.4%
	Bajo	286	49.6%

Fuente: encuestas realizadas para recolección de información.