

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH/SIDA
EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 10º Y 11º DEL MUNICIPIO DE
NEIVA PARA EL AÑO 2007**

**ANA LUCÍA ARCE LEGUÍZAMO
YENNY JOHANNA BARÓN LONDOÑO
VIVIANA MARCELA BRAVO RAMIREZ**

ÚNETE POR LA NIÑEZ...

ÚNETE CON LA JUVENTUD...

ÚNETE PARA LLEGAR AL SIDA

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA/HUILA, 2007**

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH/SIDA
EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 10º Y 11º DEL MUNICIPIO DE
NEIVA PARA EL AÑO 2007**

**ANA LUCÍA ARCE LEGUÍZAMO
YENNY JOHANNA BARÓN LONDOÑO
VIVIANA MARCELA BRAVO RAMIREZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito
para optar al título de Psicóloga**

Asesora

Esp. Ángela María Méndez Vargas

ÚNETE POR LA NIÑEZ...

ÚNETE CON LA JUVENTUD...

ÚNETE PARA MENOS AL SIDA

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA/HUILA, 2007**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Octubre 2007

DEDICATORIAS

Agradezco a DIOS por permitirme alcanzar esta meta, por darme la fortaleza y la constancia que necesitaba para recorrer este camino. Le dedico este logro a mi amado esposo YAVED por su incondicional apoyo y comprensión, y porque su ejemplo me motivaba a seguir luchando. A mis hijos SEBASTIÁN y MARIANA porque son mi razón para vivir. Y a mis padres JORGE y OLGA por haberme dado la vida y enseñarme a vivirla. LOS AMO!!

Ana Lucía Arce Leguizamo

Dedico este logro a Dios, a mi querido esposo Augusto, a mis hermosos hijos Deivid, Samuel y Yeimy, a mis padres Alvaro y Jenny quienes me han apoyado en todo este proceso de formación y han creído en mis capacidades y aptitudes.

Yenny Johanna Barón Londoño

Este trabajo lo dedico a DIOS, a mi mamá MARIA ARLENE y a mis hermanos MAURICIO y ANNETHE por todo el amor, comprensión y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de la vida; de igual manera a mi sobrinito DANIEL JULIÁN por toda la alegría y Paz que me transmite.

Viviana Marcela Bravo Ramírez

SALMO 127

Si YAHVÉ no construye la casa,
en vano se afanan los albañiles;
si YAHVÉ no guarda la ciudad,
en vano vigila la guardia.

En vano os levantáis temprano
y después retrasáis el descanso
los que coméis pan con fatiga,
¡sí se lo da a su amado mientras duerme!

La herencia de YAHVÉ son los hijos,
su recompensa el fruto del vientre;
como flechas en mano de un guerrero
son los hijos de la juventud.

Feliz el varón que llena
con ellos su aljaba;
no se avergonzará cuando litigue
con sus enemigos en la puerta.

Gracias  ¡GRACIAS SEÑOR POR NUESTROS HOGARES!

AGRADECIMIENTOS

A las Instituciones Educativas que nos permitieron amablemente la aplicación del instrumento y que nos facilitaron el acceso a los estudiantes con tan buena voluntad.

A los estudiantes, que participaron de manera voluntaria en esta investigación y que son el principal objetivo del presente documento.

A la asesora Ángela María Méndez Vargas quien apoyó y dirigió con sus valiosas opiniones durante un año la realización de esta investigación.

A aquellos docentes, especialmente a Fabio Salazar, que con sus valiosos aportes y conocimientos han apoyado a la construcción de este material investigativo.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	20
ABSTRACT	23
INTRODUCCIÓN	25
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
2. OBJETIVOS	34
2.1 OBJETIVO GENERAL	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3. ANTECEDENTES	35
4. JUSTIFICACIÓN	44
5. MARCO TEÓRICO	48
5.1 VIH/SIDA Y ADOLESCENTES	48
5.2 CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES	51
CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ACERCA DEL VIH/SIDA	
EN ADOLESCENTES	59
5.3.1 <i>Modelo de creencias en salud</i>	59
5.3.2 <i>Prácticas preventivas frente al VIH/SIDA</i>	65
6. DISEÑO METODOLÓGICO	70
6.1 TIPO DE ESTUDIO	70
6.2 TIPO DE DISEÑO	71

	Pág.
6.2.1 Fases del diseño	72
6.2.1.1 Fase de selección del problema	72
6.2.1.2 Fase de concreción del problema	73
6.2.1.3 Fase del marco teórico	73
6.2.1.4 Fase del diseño de la investigación	73
6.2.1.5 Fase de operacionalización	73
6.2.1.6 Fase de elaboración del instrumento	73
6.2.1.7 Fase de la instrumentación	74
6.2.1.8 Fase del procesamiento de datos	74
6.2.1.9 Fase de análisis de datos	74
6.2.1.10 Fase de la solución de la investigación	74
6.2.1.11 Fase de la presentación de la investigación	74
6.2.1.12 Fase de la retroalimentación	74
6.3 POBLACIÓN	75
6.4 MUESTRA	75
6.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77
6.5.1 Encuesta	77
6.5.2 Cuestionario	77
6.5.3 Validez y confiabilidad	78
6.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	81
6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	82
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	90
8. RESULTADOS	94
8.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	94
8.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	94
8.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO PARA LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y	

	Pág.
PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH/SIDA	97
8.3.1 <i>Distribución de la muestra por conocimientos del VIH/SIDA</i>	97
8.3.2 <i>Distribución de la muestra por creencias del VIH/SIDA</i>	110
8.3.3 <i>Distribución de la muestra por prácticas preventivas del VIH/SIDA</i>	125
8.3.3.1 <i>Prácticas preventivas de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales</i>	131
8.3.4 <i>Correlaciones bivariadas entre conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA</i>	140
8.3.4.1 <i>Correlaciones de prácticas sexuales respecto al VIH/SIDA</i>	144
8.3.5 <i>Análisis Global de conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA</i>	146
8.3.5.1 <i>Consolidado de conocimientos del VIH/SIDA</i>	146
8.3.5.2 <i>Consolidado de creencias del VIH/SIDA</i>	148
8.3.5.3 <i>Consolidado de prácticas preventivas del VIH/SIDA</i>	150
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	154
10. CONCLUSIONES	171
11. RECOMENDACIONES	174
BIBLIOGRAFÍA	178
ANEXOS	185

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra por edad	94
Tabla 2. La sigla del VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana	97
Tabla 3. La sigla del SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	98
Tabla 4. El SIDA es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y no tiene cura	99
Tabla 5. La forma más eficaz para prevenir la transmisión de VIH/SIDA es evitar el intercambio de fluidos (leche materna, semen, flujo vaginal y sangre) con otras personas	100
Tabla 6. El VIH se puede transmitir por transfusiones de sangre y reutilización de agujas o jeringas	100
Tabla 7. El VIH/SIDA se puede adquirir al realizarse tatuajes en el cuerpo	101
Tabla 8. Un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es tener relaciones sexuales	102
Tabla 9. Respecto al condón o preservativo en las relaciones sexuales se considera que es una protección efectiva contra el VIH/SIDA	102
Tabla 10. El SIDA se podría clasificar como una enfermedad con múltiples vías de transmisión	103
Tabla 11. En la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por medidas educativas	104
Tabla 12. Una de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH es ELISA	104
Tabla 13. Algunos años después de contraer el VIH se desarrolla la enfermedad del SIDA	105
Tabla 14. El VIH puede ingresar en el cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación	106

	Pág.
Tabla 15. Cualquier ser humano puede ser infectado del VIH/SIDA	106
Tabla 16. El VIH/SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga VIH	107
Tabla 17. Una persona portadora del virus no presenta síntomas	108
Tabla 18. El VIH/SIDA no tiene cura	108
Tabla 19. Al aplicarse una sola prueba de VIH/SIDA los resultados no son totalmente confiables y debe repetirse	109
Tabla 20. Conozco acerca del VIH/SIDA	110
Tabla 21. Son pocas las posibilidades que tengo de adquirir el VIH/SIDA	110
Tabla 22. Tener una pareja sexual estable me protegería de contraer el VIH/SIDA	111
Tabla 23. Estoy expuesto a contagiarme de VIH/SIDA cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja	112
Tabla 24. Abstenerme de tener relaciones sexuales es necesario para evitar la enfermedad del VIH/SIDA	112
Tabla 25. El VIH/SIDA se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva	113
Tabla 26. Mi vida sexual está relacionada con la posibilidad de adquirir VIH/SIDA	114
Tabla 27. Mis proyectos se verían afectados si me dijeran que tengo VIH/SIDA	114
Tabla 28. El VIH y el SIDA significan lo mismo	115
Tabla 29. Exigir la prueba de VIH es una muestra de desconfianza hacia la persona	116
Tabla 30. Usar condón disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales	116
Tabla 31. Las pruebas para detectar el VIH/SIDA sólo se deben realizar cuando se considera que se ha estado en riesgo de infección	117
Tabla 32. Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA	118

	Pág.
Tabla 33. Comprar el condón y usarlo es responsabilidad sólo de los hombres	118
Tabla 34. Cuando una persona se realiza tatuajes o piercings está en riesgo de contraer el VIH	119
Tabla 35. El VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a los drogadictos, homosexuales y trabajadoras sexuales	120
Tabla 36. Las transfusiones de sangre son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA	120
Tabla 37. Una persona infectada de VIH/SIDA se reconoce a simple vista	121
Tabla 38. El VIH se puede prevenir con un adecuado aseo genital	122
Tabla 39. Cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón	122
Tabla 40. Las personas con VIH deben tener un trato especial dentro de la sociedad	123
Tabla 41. Una persona que tiene hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, no fuma, no bebe, no consume sustancias psicoactivas) está libre de contraer el VIH	124
Tabla 42. Me informo o leo sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA	125
Tabla 43. Me he realizado tatuajes o piercings	125
Tabla 44. Me realizo chequeos médicos periódicamente	126
Tabla 45. Intercambio objetos corto punzantes de uso personal (agujas, máquinas de afeitar) con otras personas	127
Tabla 46. Cuando voy al odontólogo exijo que los instrumentos sean esterilizados	127
Tabla 47. Hablo con mis padres o maestros acerca de sexualidad	128
Tabla 48. He compartido mi cepillo de dientes con personas de confianza	129
Tabla 49. Cuando estoy en fiestas consumo alcohol	129
Tabla 50. He consumido alguna vez sustancias psicoactivas	130

	Pág.
Tabla 51. He tenido relaciones sexuales	131
Tabla 52. Cuando tengo relaciones sexuales uso el condón	132
Tabla 53. Indago sobre el pasado sexual de la persona con quien voy a sostener relaciones sexuales	132
Tabla 54. Cada vez que tengo novio(a) tengo relaciones sexuales con él(ella)	133
Tabla 55. Cuando tengo novio(a) suelo tener relaciones sexuales con otras personas	134
Tabla 56. Antes de una relación sexual exijo el uso de condón	135
Tabla 57. Tengo relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros)	135
Tabla 58. Cuando tengo relaciones sexuales con alguien pienso que me pueden transmitir el VIH	136
Tabla 59. Cuando uso condón me aseguro de que haya quedado bien puesto	137
Tabla 60. Mis encuentros sexuales son con personas con quienes tengo un vínculo afectivo (noviazgo) estable	138
Tabla 61. Cuando voy a tener una relación sexual yo compro el condón	139
Tabla 62. Relación entre el género y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes	140
Tabla 63. Nivel de significancia en relación con el género.	141
Tabla 64. Relación entre el grado escolar y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes	141
Tabla 65. Nivel de significancia en relación con el grado escolar	142
Tabla 66. Relación entre las Instituciones Educativas y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes	142
Tabla 67. Nivel de significancia con relación al tipo de Institución	143
Tabla 68. Correlaciones entre las variables cuestionadas: conocimientos, creencias y prácticas del VIH/SIDA	143

	Pág.
Tabla 69. Correlación con género	144
Tabla 70. Nivel de significancia con relación al género	144
Tabla 71. Correlación con grado escolar	145
Tabla 72. Nivel de significancia con relación al grado escolar	145
Tabla 73. Correlación con el tipo de Institución Educativa	145
Tabla 74.. Nivel de significancia con relación al tipo de Institución	145

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de la muestra por edad	95
Gráfico 2. Distribución de la muestra por género	95
Gráfico 3. Distribución de la muestra por grado escolar	96
Gráfico 4. Distribución de la muestra por Institución Educativa	97
Gráfico 5. La sigla del VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana	98
Gráfico 6. La sigla del SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	98
Gráfico 7. El SIDA es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y no tiene cura	99
Gráfico 8. La forma más eficaz para prevenir la transmisión de VIH/SIDA es evitar el intercambio de fluidos (leche materna, semen, flujo vaginal y sangre) con otras personas	100
Gráfico 9. El VIH se puede transmitir por transfusiones de sangre y reutilización de agujas o jeringas	101
Gráfico 10. El VIH/SIDA se puede adquirir al realizarse tatuajes en el cuerpo	101
Gráfico 11. Un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es tener relaciones sexuales	102
Gráfico 12. Respecto al condón o preservativo en las relaciones sexuales se considera que es una protección efectiva contra el VIH/SIDA	103
Gráfico 13. El SIDA se podría clasificar como una enfermedad con múltiples vías de transmisión	103
Gráfico 14. En la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por medidas educativas	104
Gráfico 15. Una de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH es ELISA	105
Gráfico 16. Algunos años después de contraer el VIH se desarrolla la	

	Pág.
enfermedad del SIDA	105
Gráfico 17. El VIH puede ingresar en el cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación	106
Gráfico 18. Cualquier ser humano puede ser infectado del VIH/SIDA	107
Gráfico 19. El VIH/SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga VIH	107
Gráfico 20. Una persona portadora del virus no presenta síntomas	108
Gráfico 21. El VIH/SIDA no tiene cura	109
Gráfico 22. Al aplicarse una sola prueba de VIH/SIDA los resultados no son totalmente confiables y debe repetirse	109
Gráfico 23. Conozco acerca del VIH/SIDA	110
Gráfico 24. Son pocas las posibilidades que tengo de adquirir el VIH/SIDA	111
Gráfico 25. Tener una pareja sexual estable me protegería de contraer el VIH/SIDA	111
Gráfico 26. Estoy expuesto a contagiarme de VIH/SIDA cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja	112
Gráfico 27. Abstenerme de tener relaciones sexuales es necesario para evitar la enfermedad del VIH/SIDA	113
Gráfico 28. El VIH/SIDA se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva	113
Gráfico 29. Mi vida sexual está relacionada con la posibilidad de adquirir VIH/SIDA	114
Gráfico 30. Mis proyectos se verían afectados si me dijeran que tengo VIH/SIDA	115
Gráfico 31. El VIH y el SIDA significan lo mismo	115
Gráfico 32. Exigir la prueba de VIH es una muestra de desconfianza hacia la persona	116
Gráfico 33. Usar condón disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales	117

	Pág.
Gráfico 34. Las pruebas para detectar el VIH/SIDA sólo se deben realizar cuando se considera que se ha estado en riesgo de infección	117
Gráfico 35. Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA	118
Gráfico 36. Comprar el condón y usarlo es responsabilidad sólo de los hombres	119
Gráfico 37. Cuando una persona se realiza tatuajes o piercings está en riesgo de contraer el VIH	119
Gráfico 38. El VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a los drogadictos, homosexuales y trabajadoras sexuales	120
Gráfico 39. Las transfusiones de sangre son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA	121
Gráfico 40. Una persona infectada de VIH/SIDA se reconoce a simple vista	121
Gráfico 41. El VIH se puede prevenir con un adecuado aseo genital	122
Gráfico 42. Cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón	123
Gráfico 43. Las personas con VIH deben tener un trato especial dentro de la sociedad	123
Gráfico 44. Una persona que tiene hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, no fuma, no bebe, no consume sustancias psicoactivas) está libre de contraer el VIH	124
Gráfico 45. Me informo o leo sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA	125
Gráfico 46. Me he realizado tatuajes o piercings	126
Gráfico 47. Me realizo chequeos médicos periódicamente	126
Gráfico 48. Intercambio objetos corto punzantes de uso personal (agujas, máquinas de afeitar) con otras personas	127
Gráfico 49. Cuando voy al odontólogo exijo que los instrumentos sean esterilizados	128

	Pág.
Gráfico 50. Hablo con mis padres o maestros acerca de sexualidad	128
Gráfico 51. He compartido mi cepillo de dientes con personas de confianza	129
Gráfico 52. Cuando estoy en fiestas consumo alcohol	130
Gráfico 53. He consumido alguna vez sustancias psicoactivas	130
Gráfico 54. He tenido relaciones sexuales	131
Gráfico 55. Cuando tengo relaciones sexuales uso el condón	132
Gráfico 56. Indago sobre el pasado sexual de la persona con quien voy a sostener relaciones sexuales	133
Gráfico 57. Cada vez que tengo novio(a) tengo relaciones sexuales con él(ella)	133
Gráfico 58. Cuando tengo novio(a) suelo tener relaciones sexuales con otras personas	134
Gráfico 59. Antes de una relación sexual exijo el uso de condón	135
Gráfico 60. Tengo relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros)	136
Gráfico 61. Cuando tengo relaciones sexuales con alguien pienso que me pueden transmitir el VIH	137
Gráfico 62. Cuando uso condón me aseguro de que haya quedado bien puesto	138
Gráfico 63. Mis encuentros sexuales son con personas con quienes tengo un vínculo afectivo (noviazgo) estable	138
Gráfico 64. Cuando voy a tener una relación sexual yo compro el condón	139

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Cronograma de actividades	186
ANEXO B. Cuestionario	187
ANEXO C. Consentimiento Informado	188
ANEXO D. Carta de aprobación Comité de Bioética en Investigación.	189

Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de 10º y 11º EMV (educación media vocacional) en las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva para el año 2007 por medio de la aplicación directa de un cuestionario. El diseño metodológico de esta investigación se basa en un enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal.

Esta investigación se aplicó a una muestra de 368 estudiantes de 10º y 11º, 184 por cada grado e igual número de hombres y de mujeres, la cual fue tomada en un tiempo único en el transcurso del primer semestre del año 2007. Según los resultados obtenidos se encontró, con respecto a la distribución de la muestra por grupos de edad, que hay una mayor prevalencia de estudiantes de 15 años con un 32,10%, seguido de los estudiantes de 16 años con un 31%.

A nivel general se puede deducir que la mayoría de los adolescentes posee conocimientos básicos acerca del concepto de VIH/SIDA, aunque desconocen que la enfermedad no manifiesta los síntomas inmediatamente después de adquirir el VIH y que aún así, puede ser transmitido; además, presentan algunas falencias en la identificación de las formas de transmisión y prevención del virus. También se encontró que estos adolescentes están en un alto riesgo de infección, pues son vulnerables y no lo creen así, a pesar de que la consideran una enfermedad muy grave; además, tienen dificultades para percibir los beneficios que trae para su salud el realizar prácticas preventivas, y por lo tanto, se encontró también que presentan fuertes barreras para la adopción de dichas prácticas; sin embargo, se halló que estos adolescentes poseen algunas claves o estímulos desencadenantes para la acción preventiva.

En cuanto a la ejecución de prácticas preventivas por parte de los adolescentes, se encontró que un número representativo de ellos no las realiza; lo cual es alarmante teniendo en cuenta que estos jóvenes se desenvuelven en redes sociales, en donde su comportamiento influye directamente en el de los demás; lo que puede aumentar el riesgo a la infección y propagación del virus en este grupo poblacional. Un aspecto importante que esta investigación arroja es que casi la mitad de los adolescentes encuestados, es decir 174 de ellos, sostienen relaciones sexuales con sus parejas; y además muy pocos llevan a cabo adecuadas prácticas preventivas frente al VIH/SIDA.

Este estudio logró identificar que existe una relación proporcional entre los conocimientos y las creencias, y entre las creencias y las prácticas que tienen los adolescentes escolarizados de Neiva. También se encontró que las mujeres tienen creencias más acertadas que los hombres respecto al VIH/SIDA y que existe una gran semejanza de las creencias y las prácticas entre los adolescentes de 10º y 11º, y que estos últimos demuestran mejores conocimientos respecto al tema.

Otro hallazgo importante es que los estudiantes de las Instituciones Educativas no oficiales tienen más conocimientos y creencias acertadas, y que son los adolescentes de las Instituciones Educativas oficiales quienes ejecutan más prácticas preventivas. Además, también se encontró que las prácticas sexuales respecto al VIH/SIDA son bastante similares entre los estudiantes de 10º y 11º de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva.

Finalmente las recomendaciones se realizan a la sociedad en general, a los adolescentes, a las Instituciones Educativas, a los profesionales y a las autoridades pertinentes como lo son la Secretaría de salud y de educación para que basados en los resultados obtenidos en esta investigación se formulen estrategias encaminadas a disminuir la incidencia del virus en los adolescentes del municipio de Neiva.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, VIH/SIDA, conocimientos, creencias, prácticas preventivas, formas de transmisión, medidas preventivas, susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, claves para la acción.

ABSTRACT

The objective of this investigation is to identify the knowledge, the beliefs and the preventive practices of the HIV/AIDS in the adolescents of 10^o and 11^o EMV (vocational half education) in the official and not official Educational Institutions of the municipality of Neiva for the year 2007 by means of the direct application of a questionnaire. The methodological design of this investigation is based on a descriptive quantitative focus of traverse court.

This investigation was applied to a sample of 368 students of 10^o and 11^o, 184 for each degree and same number of men and of women, which was taken at one time only in the course of the first semester of the year 2007. According to the obtained results he/she was, with regard to the distribution of the sample for groups of age that there is a bigger prevalencia of 15 year-old students with 32,10%, followed by the 16 year-old students with 31%.

At general level one can deduce that most of the adolescents possess basic knowledge about the concept of HIV/AIDS, although they ignore that the illness doesn't manifest the symptoms immediately after acquiring the VIH and that even this way, it can be transmitted; also, they present some deficiencies in the identification in the transmission ways and prevention of the virus. It was also found that these adolescents are in a high infection risk, because they are vulnerable and they don't believe this way it, although they consider it a very serious illness; also, they have difficulties to perceive the benefits that he/she brings for their health carrying out practical preventive, and therefore, he/she was also that they present strong barriers for the adoption of this practices.

Also, he/she was that these adolescents believe to have some key desecrate of the preventive action; but this can be invalidated by the flaws that had in the knowledge.

As for the insight of practical preventive on the part of the adolescents, it was found that a representative number of them doesn't carry out them; that which is alarming keeping in mind that these youths are unwrapped in social nets where the behavior of each one has direct relationship in the behavior of the other ones. An important aspect that this investigation contributes is that almost half of the interviewed adolescents, that is to say 174 of them, they sustain sexual relationships with its couples; and also very few they carry out preventive practical adapted in front of the HIV/AIDS.

This study was able to identify that a proportional exists between the knowledge and the beliefs, and among the beliefs and the practices that have the adolescent scholars of Neiva. It was also found that the women have beliefs corrects that the men regarding the HIV/AIDS and that it exists a great likeness of the beliefs and the practices among the adolescents of 10^o and 11^o, and that these last ones demonstrate better knowledge regarding the topic.

Another important discovery is that the students of the not official Educational Institutions have knowledge and beliefs correct, but they are the adolescents of the official Educational Institutions who carry out more practical preventive. Also, it was also found that the sexual practices regarding the HIV/AIDS are quite similar among the students of 10^o and 11^o of the official and not official Educational Institutions of the municipality of Neiva.

KEY WORDS: Adolescents, HIV/AIDS, knowledge, beliefs, practical preventive, transmission forms, preventive measures, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, key for the action.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación indaga acerca de los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en los adolescentes que cursan media vocacional en las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva; iniciativa que surgió en respuesta a la continua expansión de la enfermedad en la población mundial, específicamente en los jóvenes ya que más de la mitad de todas las personas que se infectan por el virus en el mundo lo contraen antes de los veinticinco años de edad¹.

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que por cada persona infectada del virus existen diez personas más igualmente portadoras a su alrededor; convirtiéndose así el VIH/SIDA, en una pandemia; sin embargo la ONUSIDA decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes ya que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en adolescentes del grupo de edad de 10 a 24 años², convirtiéndose esta etapa de la vida, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, impacto, vulnerabilidad y potencial de cambio.

En el Huila, entre 1988 y 2006 se han registrado 1160 casos y 196 muertes a causa del VIH/SIDA³; y según un estudio realizado por la ONUSIDA en el año

¹ WINTER, Anne. ONUSIDA. SIDA: Escucha, aprende y vive, campaña mundial contra el SIDA 1999 con los Niños y los Jóvenes, Desafíos para América Latina y el Caribe Brasilia, 25 de febrero de 1999.

² ONUSIDA, ONU/OMS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. 2002. (www.unaids.org).

³ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Gobernación del Huila. Consolidado de estadísticas VIH/SIDA. Huila: 1988-2006.

2006⁴ el Huila se encuentra entre los 10 departamentos de Colombia con mayor prevalencia e incidencia. Sin embargo, estos datos constituyen una fuente poco representativa debido al subregistro existente, con relación a la notificación de diagnósticos sobre la infección; dichas estadísticas no muestran un registro exacto, debido a que persisten algunas dificultades para el diagnóstico de esta enfermedad, especialmente en municipios distantes de la capital; sumado a esto se presenta ocultación de la realidad por prejuicios sociales y algunas deficiencias del propio sistema de información. Aún con el subregistro, las cifras son alarmantes.

La adolescencia, es la etapa de la vida, que coincide con el ingreso a la secundaria y en la cual los individuos empiezan a verse como un ser sexuado, expuesto a cambios físicos y psicológicos, que buscan satisfacer sus necesidades eróticas y sociales a partir de la experimentación y de la curiosidad, lo que muchas veces los expone a situaciones de riesgo.

Por lo tanto, los conocimientos que tengan los adolescentes acerca del VIH y las creencias que posean frente a este, constituyen parte importante en la adopción de prácticas que pueden ser favorables o perjudiciales para su salud (según la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”)⁵.

Hablar de conocimientos, implica referirse a datos concretos en el sentido de información, concepto, hecho; así como también comprensión y análisis. Así, los conocimientos son el conjunto de habilidades intelectuales relacionadas con un tema⁶, en este caso el VIH/SIDA, y las creencias son consideradas como las características perdurables del sujeto que se refieren a la interpretación o

⁴ ONUSIDA. Estado del arte 2000-2005. Colombia, mayo: 2006.

⁵ OPS. Conferencia Sanitaria Internacional, Asamblea Mundial de la Salud, Nueva York, 19-22 de Junio de 1946.

⁶ OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS”. México: 1990.

evaluación de un comportamiento como más o menos atractivo, en términos positivos o negativos, que a su vez determinan el comportamiento y pueden ser adquiridas a través de la socialización primaria (Lewin, 1951, citado por Sheeran y Abraham, 1996)⁷

Para la presente investigación acerca del VIH/SIDA y los adolescentes de la ciudad de Neiva, se hizo importante identificar los conocimientos que posee este grupo poblacional, las creencias y los comportamientos preventivos que tienen frente a dicha problemática como una manera de presentar un informe descriptivo acerca de estos aspectos, que le permita a profesionales en el área de la salud y de la educación municipal evaluar la situación actual y planear nuevas estrategias interventivas que fortalezcan la educación sexual en las instituciones educativas a partir de la transmisión de información pertinente y congruente con las necesidades de la población adolescente, que los lleve hacia modelos de empoderamiento, con el fin de lograr la prevención de la enfermedad y como una manera más efectiva para lograr una respuesta sostenida y a largo plazo contra la epidemia.

Teniendo en cuenta los propósitos fundamentales para el desarrollo de este proyecto se hizo una minuciosa revisión temática, en la que se encontraron algunos estudios referentes al tema, documentos de odontólogos, enfermeros, psicólogos y profesionales de otras disciplinas, que preocupados por el aumento de este flagelo han investigado cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas preventivas que poseen jóvenes y adultos acerca del VIH/SIDA. Varias de estas investigaciones muestran como resultado que estas personas aseguran conocer acerca del tema, aunque sus conocimientos son deficientes; también demuestran que poseer conocimientos adecuados no es garantía para que se tengan prácticas preventivas frente a la transmisión del VIH; es decir, que existe

⁷ RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Batería psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004, 33-43p.

una incongruencia entre los comportamientos que tienen, lo que creen y lo que conocen, lo cual indica que estas personas se encuentran expuestas a factores de riesgo para contraer el virus.

Para esta investigación se extrajo una muestra de 368 estudiantes adolescentes de 10º y 11º grado (educación media vocacional), distribuidos en 23 Instituciones Educativas del municipio de Neiva, 14 oficiales y 9 no oficiales; dicha muestra se obtuvo a través del programa estadístico llamado STATS. A dicha muestra se le aplicó un cuestionario de 64 ítem, como instrumento de recolección de datos; el cual, fue construido por las investigadoras con la guía del Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS” de la Organización Panamericana de la Salud “OPS” (1990)⁸, el cual brinda las herramientas necesarias para poder medir óptimamente las tres variables de interés para el presente estudio: conocimientos, creencias y prácticas preventivas.

Es así como en las siguientes secciones de este documento se presentarán los objetivos generales y específicos de esta investigación, las fuentes y los flujos de información, los componentes, el diseño y los indicadores tratados en la misma, con el ánimo de instruir fácilmente al lector y despertarle un verdadero interés en este estudio; el cual traerá aportes benéficos a los adolescentes, a las Instituciones Educativas y finalmente a la sociedad en la medida en que sean tomadas en cuenta las recomendaciones que hacen las autoras.

⁸ OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS”. México: 1990.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se detectaron en 1981 en EEUU, aunque probablemente existieran en otras partes del mundo en fechas anteriores. En 1984 se estableció que el SIDA es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), un virus indestructible hasta el momento, que afecta el sistema inmune y que se transmite de una persona a otra a través de la sangre, la lactancia y el contacto sexual⁹.

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero tampoco han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro¹⁰.

Desde 1982 más de 3.2 millones de niños menores de 15 años han muerto de SIDA y más de doce millones de niños y jóvenes viven con VIH/SIDA en el mundo, con unas formas de transmisión comunes como son la vía sexual, la vía vertical (madre-hijo) y por compartir jeringas (Kornblit,1997)¹¹.

Actualmente el VIH se reconoce como un problema de salud pública y una problemática social con un aumento constante a nivel mundial, desde que inicio su propagación hasta el presente. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el 2000 existían en el mundo aproximadamente 35 millones de personas

⁹ UNICEF-ONUSIDA. Vive y deja Vivir, Campaña Mundial contra el SIDA. Editorial Famisanar, 2000.

¹⁰ RASMUSSEN CRUZ, B., HIDALGO SAN MARTÍN, A. y ALFARO ALFARO, N. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Pública México 45, 2003, supl1:S81-S91.

¹¹ KORNBLIT y otros. Y el SIDA está entre nosotros. Buenos Aires: Ed. Corregidor, 1997.

(adultos y niños) con VIH, siendo este uno de los problemas más preocupantes a nivel mundial.

Diariamente más de 6000 jóvenes entre 15 y 24 años contrae el VIH¹²; estos datos ponen de relieve las consecuencias devastadoras que tiene el VIH para la niñez y la juventud. Actualmente la pandemia deja a millones de niños, niñas y adolescentes expuestos al peligro y necesitados de protección, de tal manera que el SIDA esta redefiniendo el significado mismo del concepto de la infancia y la adolescencia, privándoles de muchos de sus derechos humanos y de posibilidades para el futuro.

Ningún país ha quedado exento de esta problemática que afecta directamente a millones de niños, niñas y adolescentes; pues en más de 54 países la incidencia del VIH entre los adultos ha alcanzado el 1% de la población general, y se calcula que para el año 2010 habrá 18 millones de niños y niñas que hayan perdido por lo menos uno de sus progenitores debido al SIDA, solamente en el África Subsahariana (ONUSIDA-UNICEF 2005)¹³.

En América aproximadamente 14 millones de personas están infectadas actualmente con VIH y diariamente se presentan entre 600 y 700 casos nuevos, siendo el índice de mortalidad por SIDA de 100.000 personas hasta el año 2000 (ONUSIDA 2001)¹⁴. En América Latina en el año 2005, se produjeron 200.000 nuevos casos, estimándose que en la región vive un total de 1.8 millones de personas con VIH/SIDA. En ese mismo año murieron 66.000 personas afectadas. Entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, el 0.5% de las mujeres y el 0.8% de

¹² UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006 excluidos invisibles, Capítulo IV: Incluir a la niñez. New York. Editorial Patricia Moccia. Pág. 59. 2006.

¹³ ONUSIDA, UNICEF. Niños y Niñas: El Rostro Oculto del SIDA, Un llamamiento a la Acción. Octubre, 2005.

¹⁴ ONUSIDA; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Actualización 2001 Epidemia SIDA. Por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2001.

los hombres, estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año (UNICEF, Estado de la Infancia, 2006)¹⁵

En Colombia, desde el inicio de la pandemia del VIH/SIDA hasta noviembre 1 de 2001, se han registrado a través de la ficha de notificación obligatoria y registro de mortalidad DANE: 13.166 casos de infección por VIH; 6.437 casos de SIDA y 12.410 muertes. A partir de estos datos registrados, se estima que en Colombia entre los años 1983 y 2000, se han presentado 139.821 casos de infección por VIH de los cuales 82.8% (115.831) son asintomáticos, 17.2% (23.990) tienen SIDA y han fallecido 51.7% (12.410) de los casos¹⁶.

Han pasado 18 años (1988-2006) desde que se inició el registro de personas infectadas en el departamento del Huila; Neiva, Garzón, Pitalito, y La Plata, han sido los municipios más afectados por este flagelo. Hasta el año 2006 la prevalencia del VIH/SIDA en el departamento fue de 109.5 por 100.000 habitantes y el mayor número de casos (413) se presentó en personas que están en edad reproductiva (20-29 años); lo cual es preocupante al igual que la problemática en los niños, niñas y adolescentes, pues hasta el año 2006 se registraron 80 casos de VIH/SIDA y 13 defunciones en la población de 0 a 19 años (Secretaría de Salud Departamental del Huila, 2006)¹⁷.

En el Huila, la transmisión a través de las relaciones sexuales no protegidas sigue siendo predominante, con 1.107 casos, seguida de la vía de transmisión perinatal con 35 casos; y los hombres siguen siendo los más afectados con 835 casos notificados; aunque se ha encontrado un incremento en las mujeres con 325 casos hasta ese mismo año¹⁸.

¹⁵ UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006 excluidos invisibles, Capítulo IV: Incluir a la niñez. New York. Editorial Patricia Moccia. Pág. 59. 2006.

¹⁶ DANE. Situación de las ITS en Colombia 1976-2000. Semana epidemiológica No 47, Bogotá DC., Noviembre 28 al 21 del 2001.

¹⁷ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Gobernación del Huila. Consolidado de estadísticas VIH/SIDA. Huila: 1988-2006.

¹⁸ Ibid.

Neiva posee la mayor incidencia de VIH/SIDA a nivel departamental; entre 1988 y 2006 se registraron 752 casos, es decir, casi la mitad del total de casos registrados (1.160), y de los cuales han muerto 139 personas; teniendo una tasa de prevalencia de 199.2 por 100.000 habitantes. Tan sólo en el año 2006 se notificaron 52 casos de los cuales 37 corresponden a la población entre 15 y 44 años de edad (Secretaría de Salud Municipal, 2006)¹⁹, en la cual se incluyen edades que corresponden a la adolescencia; y refleja que la mayoría de las personas han adquirido el VIH en esta etapa de su vida.

Las anteriores estadísticas demuestran que los adolescentes del municipio de Neiva son los más vulnerables a la infección del VIH/SIDA con respecto al departamento del Huila, por ser la ciudad con mayor población y mayor número de personas infectadas especialmente los que se encuentran en edad reproductiva, ya que la vía de infección más predominante es la transmisión sexual, lo cual pone en riesgo a los adolescentes que se encuentran iniciando esta etapa de apertura a su vida sexual.

Esta investigación plantea indagar acerca de los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas que tienen los adolescentes del municipio de Neiva con respecto al VIH/SIDA, como una pandemia que con el paso de los años se ha convertido en una gran amenaza para los jóvenes. Pues a pesar de las múltiples campañas y programas educativos, se desconoce si los adolescentes poseen la información acertada respecto al VIH/SIDA y si ésta ha sido adecuadamente recibida, no se tiene claro qué conocimientos tienen éstos respecto a dicha enfermedad, como un elemento cognitivo importante para la adopción de hábitos saludables; además, no se conocen las creencias en salud que estos jóvenes manejan, teniendo en cuenta la importancia de éstas en la adopción de efectivas prácticas de prevención, de las cuales tampoco se conoce. Aún no se ha identificado qué conocen los adolescentes acerca de la transmisión del VIH, de los

¹⁹ Ibid.

factores de riesgo y de cómo deben protegerse; tampoco se ha establecido cuáles son sus creencias, sus prácticas, si son preventivas o de riesgo y cuáles son las condiciones en que las emplean.

Desde los anteriores planteamientos este estudio pretende responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre el VIH/SIDA, las formas de transmisión y medidas de prevención del virus, que tienen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva?
- ¿Cuáles son las creencias en cuanto a la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos, las barreras percibidas y las claves para la acción frente a la infección del VIH/SIDA que poseen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva?
- ¿Cuáles son las prácticas preventivas del VIH/SIDA que tienen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de 10º y 11º EMV (educación media vocacional) de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos acerca del VIH/SIDA tales como la definición de la enfermedad, las formas de transmisión y las medidas de prevención existentes que tienen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV del municipio de Neiva.

- Identificar las creencias en salud referidas a la susceptibilidad y severidad percibida, los beneficios y barreras percibidas y las claves para la acción frente a la infección del VIH/SIDA que poseen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV del municipio de Neiva.

- Identificar las prácticas preventivas respecto al contagio del VIH/SIDA, que emplean los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV del municipio de Neiva.

- Identificar la relación que existe entre los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva.

3. ANTECEDENTES

Para tener un mayor soporte teórico acerca de los conocimientos, creencias y prácticas preventivas que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA se realizó una revisión bibliográfica a profundidad y se encontraron diversos estudios publicados en libros, artículos y ponencias en congresos de talla internacional, nacional, departamental y local, realizados por profesionales de diversas áreas; los cuales arrojan importantes datos que de una u otra forma aportan a la investigación y motivan a indagar y conocer cómo se encuentra la población adolescente de Neiva frente a esta problemática.

A nivel internacional, en el estudio **“Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA en jóvenes universitarios”**²⁰ desarrollado por Julio Alfonso Piña López y Víctor Corral Verdugo en la Universidad de Sonora de México durante el año 2000 se evaluaron los conocimientos y los motivos que subyacen al ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo y prevención asociados al SIDA. Los datos indican que los estudiantes poseen un nivel importante de conocimientos con relación a la enfermedad, pero se puso de manifiesto la práctica de diversos comportamientos de riesgo que se encuentran vinculados directamente, sobre todo en la población del sexo femenino, a diversos motivos o razones para comportarse de una manera u otra. Esta investigación demuestra que aunque los adolescentes aseguran tener información adecuada acerca del VIH/SIDA, ésta es de mala calidad debido a que se encuentra invalidada por mitos y creencias erróneas que los coloca en una posición de alto riesgo.

²⁰ PIÑA LÓPEZ, Julio Alfonso y CORRAL VERDUGO, Víctor. Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA en jóvenes universitarios. Universidad de Sonora de México: 2000.

En Chile, la investigación **“Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país”**²¹ elaborada en 1994 por Juan Bernal, Herna Bonacic, Verónica Edwards, Roberto Méndez, Joyce Guler, demostró que existe un buen conocimiento teórico, pero se invalida por creencias erróneas, como creer que el SIDA no se contagia si se mantienen relaciones dentro del mismo grupo social, que se evita con un aseo genital postcoital o consultando por la conducta sexual previa de la pareja. Las creencias erróneas, el alto nivel de actividad sexual, la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la actividad sexual con prostitutas y promiscuidad en los encuestados, junto con la generalizada y falsa percepción de que no hay posibilidades de contagio, confirma que la juventud chilena se encuentra en muy alto riesgo de contraer el virus del SIDA.

El estudio: **“El SIDA: conocimientos, creencias y actitudes del adolescente”**²² realizado en Venezuela, en el año 1990 por Sileo, Enriqueta; Sáez, Irene; Fernández, Manuel; Hobed, Daisy, es otra importante investigación en la que se exploraron los conocimientos, creencias y actitudes del adolescente venezolano sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; en ésta se elaboró una encuesta para investigar la cantidad y calidad de la información que tenían los adolescentes con una muestra de 180 jóvenes entre 10 y 19 años de edad. En donde se encontró que sólo el 4 por ciento de los encuestados manifestó no poseer información sobre el SIDA; de los que manifestaron haber recibido información, el 34 por ciento aseguraron poderse contaminar a través de saliva y con el uso de fomites (son objetos inertes que pueden contaminarse con estiércol, sangre, orina, saliva o fluidos fetales; de no limpiarlos y desinfectarlos entre usos, al entrar en contacto estos podrían contagiarlos de alguna enfermedad). El 31,5 por ciento coincidieron en afirmar que se puede adquirir la enfermedad al compartir drogas no inyectadas. El 80 por ciento de los entrevistados afirmaron

²¹ BERNAL, B. y Cols. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país. Chile: 1994.

²² SILEO, Enriqueta y Cols. El sida: conocimientos, creencias y actitudes del adolescente. Venezuela: 1990.

que las relaciones heterosexuales promiscuas y homosexuales son situaciones predisponentes para contraer la enfermedad. Como medidas preventivas se pronunciaron en favor de la selección de pareja, la abstinencia sexual y en tercer lugar el uso de preservativos. Se concluyó que aunque un alto número de adolescentes manifestó tener conocimientos sobre esta enfermedad, éstos eran de mala calidad y el uso del preservativo no tiene la acogida esperada.

Otro estudio relevante es el llamado **“Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y SIDA en adolescentes de Peñalolén”**²³ (Chile) elaborado en 1990 y desarrollado por Elsa Rugiero, Carlos Bruna, Elizabeth Avilés, Mariano Montenegro y Juan Bernal; esta investigación se realizó con adolescentes de la comuna de Peñalolén; se realizaron 71 encuestas anónimas y voluntarias sobre sexualidad y SIDA; los encuestados eran alumnos de enseñanza básica de dos colegios de la comuna. Con los resultados obtenidos de la encuesta, se elaboró una sesión educativa con contenidos como la conducta sexual, monogamia y familia, estado actual de la pandemia en el mundo y en Chile, vías de transmisión y prevención de la enfermedad. Con este estudio se comprobó un gran desconocimiento en todos los temas tratados; muchos tabúes y creencias que los llevan a conductas sexuales erradas y no les permiten reconocerse como población en riesgo, se logró mejorar los conocimientos sobre SIDA y sexualidad, no así las actitudes que requieren de actividades educativas planificadas a largo plazo. También se encontró que los estudiantes eligen preferentemente como educadores a sus padres y personal de salud y pocos optan por sus profesores. Finalmente se concluyó que la educación es una herramienta eficaz para disminuir los factores de riesgo para contraer la enfermedad.

En Puerto Rico, la investigación **“Conocimientos, creencias y actitudes hacia el SIDA en jóvenes puertorriqueños”**²⁴ realizada por Irizarry, Annabelle y

²³ RUGIERO, P. y Cols. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y SIDA en adolescentes de Peñalolén. Chile: 1990.

presentada en la Conferencia Internacional sobre Educación en SIDA en el año 1990. Este estudio tiene como objetivo explorar las áreas de conocimientos, creencias y actitudes hacia el SIDA entre jóvenes puertorriqueños. La muestra para este estudio fue de 750 personas entre las edades de 13 a 30 años. Estas personas residen en los 14 municipios servidos por el Colegio de Arecibo de la Universidad de Puerto Rico. El cuestionario utilizado consiste en 15 preguntas generales y 54 relativas al SIDA, y es esencialmente una traducción de las preguntas del "National Health Survey" de 1987 de los Estados Unidos. La muestra para el estudio se logró a través de muestreo por conglomerado, sistemático y aleatorio simple. Las entrevistas se llevaron a cabo entre junio y julio de 1989 por estudiantes sub-graduados del Colegio de Arecibo. Un análisis descriptivo porcentual revela que persisten mitos en cuanto a la etiología de la enfermedad, dudas en cuanto a creencias sobre fuentes de protección, actitudes ambivalentes en cuanto a las fuentes de contagio y al trato hacia personas con SIDA.

Estas investigaciones internacionales demuestran que aunque los adolescentes aseguran tener información adecuada acerca del VIH/SIDA, ésta se encuentra invalidada por mitos y creencias erróneas; lo cual los constituye en una población de alto riesgo y poco consciente de esto. Los anteriores resultados promueven investigaciones encaminadas a indagar acerca de los conocimientos, creencias y prácticas preventivas respecto al VIH/SIDA que poseen los adolescentes de Colombia y más específicamente del municipio de Neiva, sitio de interés para esta investigación, ya que es la ciudad de más alto índice de infectados a nivel departamental²⁵ y con esto impulsar a futuros investigadores a realizar campañas preventivas eficaces que proporcionen la información adecuada acerca de esta

²⁴ IRIZARRY, Annabelle. Conocimientos, creencias y actitudes hacia el SIDA en jóvenes puertorriqueños, presentada en la Conferencia Internacional Sobre Educación en SIDA. Puerto Rico: 1990.

²⁵ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Gobernación del Huila. Consolidado de estadísticas VIH/SIDA. Huila: 1988-2006.

enfermedad y de cómo prevenirla, basados en los resultados que arroje el presente estudio.

A lo largo de la búsqueda bibliográfica se encontraron otras investigaciones, a nivel nacional y local, que aportaron aspectos útiles y valiosos, y que fueron considerados de acuerdo al principal interés de esta investigación y para el óptimo desarrollo de la misma.

En Colombia, se encontró el estudio titulado “**Salud Sexual y Reproductiva en el Magdalena Medio**”²⁶ realizado por Profamilia y dirigido por Miriam Ordóñez, el cual hace parte de la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2005. Se aplicó en los diferentes hogares de los departamentos que hacen parte del Magdalena Medio. Los resultados de la sección sobre VIH/SIDA muestran que el 68% de las personas saben que el condón evita el contagio del SIDA, que el 19% de las mujeres en unión se creen en riesgo de infección y que sólo el 20% de las mujeres se han hecho la prueba del SIDA. Frente al uso del condón, los datos arrojan que el 4% de la población lo utiliza como método de planificación familiar. Los resultados de este estudio fueron presentados en el auditorio “Olga Tony Vidales” de la Universidad Surcolombiana, el día 29 de marzo de 2007, por el Doctor Gabriel Ojeda Ph.D; quien en las conclusiones añadió: *“la prevención se limita a decir que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal y que use el condón, pero no se presentan todas las formas posibles de transmisión y de prevención”*.

Profamilia también realizó un estudio, dentro de la Segunda Encuesta Nacional en Zonas Marginadas 2005, llamado “**Evaluación de Impacto Región Central**”²⁷, que tenía por objetivo medir el impacto del Programa Nacional de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva evaluando los cambios en el conjunto de las mujeres residentes en las zonas de influencia. Los resultados de este estudio mostraron

²⁶ PROFAMILIA. ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005).

²⁷ Ibid.

que menos de la mitad de las mujeres (43% del total y 45% de mujeres desplazadas) no conocen cómo establecer si una persona está infectada con VIH, la mayoría dice que se puede evitar usando condón (84% del total y 82% de mujeres desplazadas) y que una persona de apariencia saludable puede tener SIDA (78% del total y 75% de mujeres desplazadas), y muy pocas se han hecho la prueba del SIDA.

Se encontró además una investigación realizada por los estudiantes Belkys Rodríguez, María Yuli Culma, Yadira Gómez y Tania María Vidal, de enfermería de la Universidad Surcolombiana durante el año 2004, titulada **“Actitud de las estudiantes de la Facultad de Salud de la USCO frente a los factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA”**²⁸, en donde se concluyó que los estudiantes poseían un componente cognitivo débil y un componente emocional negativo e indeterminado frente a la transmisión sexual del virus, por lo cual tenían grandes prácticas de riesgo y una actitud muy inestable frente a los factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA.

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA en adolescentes escolarizados”²⁹, es un importante estudio llevado a cabo en la Universidad del Norte en Barranquilla por Edgar Navarro Lechuga, docente de esta universidad. El proyecto contó con el apoyo de esta entidad universitaria y del proyecto UNI-Barranquilla. Su objetivo se centró en determinar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de los(as) adolescentes de bachillerato de los núcleos educativos 2 y 4 de esta ciudad en el período comprendido entre julio y noviembre de 2003. Este fue un estudio descriptivo transversal. El universo fue de 1353 adolescentes entre 14 y 19 años inscritos en los grados noveno, décimo y undécimo de los colegios públicos pertenecientes a los núcleos 2 y 4 de la ciudad.

²⁸ RODRÍGUEZ, Belkys; CULMA, María Yuli; GÓMEZ, Yadira y VIDAL, Tania María. Actitud de las estudiantes de la Facultad de Salud de la USCO frente a los factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Universidad Surcolombiana. Neiva: 2004.

²⁹ NAVARRO LECHUGA, Edgar. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA en adolescentes escolarizados. Barranquilla: 2003.

La muestra se eligió por muestreo bietápico, en total se encuestaron 412 jóvenes a través de un formulario tipo CAP. A partir del estudio se pudo concluir que muchos de los adolescentes carecen de los conocimientos suficientes sobre VIH/SIDA, pero asumen una actitud positiva frente al tema.

La investigación **“Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre la infección VIH/SIDA de los estudiantes, profesores y personal auxiliar de la facultad de odontología de la Universidad Nacional”**³⁰, realizada por Alba Liz Jaramillo Hernández, Omar Yamid Ruge Jiménez y Magda Constanza Sepúlveda, en Bogotá en el año 1996, demostró que la población poseía los conocimientos adecuados con respecto al VIH/SIDA, sobre todo en los estudiantes de más alto nivel de estudio; sin embargo, no los ponían en práctica por lo que existía gran variedad de riesgos a la infección.

En el Huila, se realizó un estudio en el año 2006 por Juan Carlos Santacruz Moncayo titulado **“Creencias sobre la toma de citología vaginal en mujeres universitarias en edad reproductiva mediante una batería para evaluar “creencias en salud” en la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana”**³¹, el cual sirvió como base para la construcción del marco teórico sobre el Modelo de Creencias en Salud (MCS) y del cuestionario.

Otro importante estudio es **“Conocimientos sobre el VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia”**³² realizado en el año 2003 por Olga Lucía Perdomo Orozco y Gina Andrea Perdomo Orozco estudiantes de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia en Neiva. En esta investigación se

³⁰ JARAMILLO HERNÁNDEZ, Alba Liz; RUGE JIMÉNEZ, Omar Yamid y SEPÚLVEDA, Magda Constanza. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre la infección VIH/SIDA de los estudiantes, profesores y personal auxiliar de la facultad de odontología de la Universidad Nacional. Bogotá: 1996.

³¹ SANTACRUZ M., Juan Carlos. Creencias sobre la toma de citología vaginal en mujeres universitarias en edad reproductiva mediante una batería para evaluar “creencias en salud” en la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana. Tesis de grado Medicina. Neiva: 2006.

³² PERDOMO OROZCO, Olga Lucía y PERDOMO OROZCO, Gina Andrea. Conocimientos sobre el VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia. Huila: 2003.

buscó una relación entre el conocimiento del VIH en términos de sus formas y riesgos de contagio, características epidemiológicas y las conductas sexuales de riesgo usando una versión modificada del cuestionario de Romero, Caballero y Mendoza (1995), donde se concluyó que a mayor promiscuidad, mayor práctica de riesgo.

Finalmente se hizo la revisión de un estudio realizado por Nidia Zarta de Plazas y cols. en 1997, el cual fue titulado **“Construcción de una propuesta a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva”**³³, el cual pudo concluir que los adolescentes conocen los mecanismos de contagio, pero que en realidad éstos no han sido comprendidos a cabalidad, aún con el aparente ambiente comprensivo que se manifiesta en las respuestas; en torno al condón se nota una opinión responsable y preventiva como barrera artificial que impide el contagio; en síntesis, las realidades verbales expresan opiniones que tienden a ser positivas y comprensivas y que reconocen que el problema del SIDA tiene ángulos sociales de temor y abierto rechazo.

Estos antecedentes demuestran que no existen investigaciones representativas que estudien conjuntamente los conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA, desde una perspectiva psicológica que abarque totalmente los aspectos cognoscitivos y emocionales que influyen directamente en el área comportamental de un individuo, con una muestra que abarque la totalidad de los estudiantes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales de la ciudad de Neiva. Por lo tanto, este estudio pretende proporcionar un diagnóstico acerca de los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas respecto al VIH/SIDA en la población adolescente del

³³ ZARTA DE PLAZAS, Nidia y MONCALEANO GOMEZ, Luz Margot, Construcción de una propuesta a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva. Facultad de educación Universidad Surcolombiana, 1997.

municipio de Neiva desde una perspectiva psicológica basada en el MCS (Modelo de creencias en Salud).

4. JUSTIFICACIÓN

Debido al progresivo aumento de la infección del VIH/SIDA en los adolescentes del municipio de Neiva, se considera importante indagar los conocimientos que tiene esta población sobre dicha problemática, las creencias que han construido al respecto a partir de lo que la sociedad les ha transmitido y la importancia que le dan a éstas; además, las prácticas o comportamientos preventivos que asumen frente a la infección del virus; pues estos tres aspectos son fundamentales para la prevención eficaz de la enfermedad y para controlar la infección del VIH/SIDA en los adolescentes del municipio de Neiva.

En el municipio, anualmente se invierten aproximadamente 141'500.000 pesos en campañas de salud sexual y reproductiva dentro de las cuales se ha ejecutado el proyecto del fondo mundial de prevención del VIH/SIDA dirigido a jóvenes entre 10 y 24 años de edad³⁴, esto demuestra la importancia que la prevención de la enfermedad significa para la administración municipal; pese a estos esfuerzos encaminados a disminuir la propagación del virus, las cifras continúan en aumento, siendo los adolescentes la población más afectada.

Las políticas públicas, actualmente, intervienen a este grupo focal desde el marco institucional educativo, con la inclusión dentro del PEI (Proyecto Educativo Institucional) de los programas de salud sexual y reproductiva que son de carácter obligatorio y tienen como fin, no sólo prevenir las ETS, sino también los embarazos no deseados, brindando información tendiente a generar conciencia en los adolescentes.

³⁴ SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, Alcaldía De Neiva. Perfil Epidemiológico, Volumen 3 Número 14. Neiva, Huila: 2006.

Estas políticas responden a la iniciativa mundial de la OPS y la OMS, las cuales solicitan que los países tomen participación en la lucha contra el VIH/SIDA; estas organizaciones a la vez requieren que se realicen nuevas investigaciones científicas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ayuden a la creación de estrategias eficaces y avanzadas que permitan controlar los índices de propagación actuales. Es ésta, una de las razones por las cuales esta investigación se hace relevante, pues responde a iniciativas mundiales de organizaciones que son autoridad en el tema del VIH/SIDA.

Esta preocupación a nivel mundial se debe a que, contrariamente a las campañas masivas de prevención que constantemente se realizan y a la cantidad de recursos que se destinan para éstas, el VIH/SIDA se sigue propagando notoriamente y cada día se hacen más altas las tasas de personas infectadas, muestra de esto es que pasadas dos décadas desde que se descubrió la enfermedad, ésta ha pasado de ser una epidemia a ser una pandemia mundial³⁵.

Por lo tanto, el presente estudio pretende llamar la atención de las autoridades públicas que destinan los recursos económicos y que formulan las campañas masivas de prevención en el municipio de Neiva tales como las Secretarías de Salud y de Educación municipal, para que atentos a las graves repercusiones del VIH/SIDA en la población adolescente proporcionen campañas congruentes a las necesidades específicas de la población.

Es importante también lograr, con base a los resultados de esta investigación, que profesionales de diversas áreas y más específicamente de la Psicología, como ciencia encaminada a la exploración del psiquismo que integra el estudio del desarrollo humano en un contexto social e histórico, con una perspectiva evolutiva y ecosistémica que concibe al sujeto en construcción permanente, resultado de las

³⁵ OPS y OMS. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas. Washington D.C., EUA: 23-27 de Septiembre de 2002.

interacciones sociales de su historia bio-psico-social presentes en el contexto particular en el que se desarrolla su existencia; tengan la posibilidad de diseñar e implementar planes, estrategias y programas de prevención del VIH/SIDA que respeten las particularidades culturales y sociales de los adolescentes y que estén acordes a las necesidades y exigencias específicas de los mismos, para así hacerlos partícipes activos del proceso, promoviendo así la democracia.

Hasta el momento no se habían realizado, a nivel local, investigaciones con una muestra representativa de adolescentes escolarizados en Educación Media Vocacional (10^o y 11^o) de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva, que proporcionen un testimonio científico de lo que realmente conocen y creen los adolescentes acerca del VIH/SIDA, las prácticas que tienen frente a la prevención de esta enfermedad; que permitan además, revelar la posición que asumen éstos frente a la enfermedad, que se encuentra latente en esta sociedad y que los amenaza constantemente.

Con el cumplimiento de los objetivos de este estudio, se brinda una guía para el trabajo preventivo en VIH/SIDA, que logre trascender la práctica individualista e informativa que se ha venido realizando en el municipio, hacia modelos de empoderamiento colectivo en los adolescentes, los padres, los maestros y la sociedad en general, como una estrategia más efectiva para lograr una respuesta sostenida y a largo plazo contra la pandemia.

Los resultados de esta investigación darán también un diagnóstico para intensificar, acelerar y complementar los programas municipales e institucionales de Educación en Salud Sexual y Reproductiva que incluyan la prevención de las ITS, especialmente del VIH/SIDA; y que estén orientados a mantener a las generaciones presentes y futuras de adolescentes libres de la infección del VIH, mitigando así el impacto de la pandemia en la salud de dicha población y

contribuyendo al cumplimiento de uno de los objetivos de desarrollo del milenio propuesto para el 2015 por las Naciones Unidas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 VIH/SIDA Y ADOLESCENTES

En junio de 1981 el centro para el control de enfermedades de Atlanta publicó los primeros casos de la enfermedad. En Julio del mismo año se dio a conocer un informe adicional de casos de SIDA en New York, Los Ángeles, París y San Francisco cuyas características fundamentales eran hombres homosexuales con neumonía por pneumostystis carinii y sarcoma de Kaposi, quienes presentaban un deterioro notable del sistema inmunológico. Fueron estos los primeros informes de la identificación del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, enfermedad causada por el retrovirus único VIH (Paniagua 1991)³⁶.

El VIH/SIDA es un problema de salud pública que se ha extendido rápidamente a todos los sectores de la sociedad, haciendo cada día más difícil su control y erradicación; cualquier ser humano independientemente de su edad, sexo, cultura, religión, raza, clase social y nivel educativo puede infectarse de éste; algunas personas acceden al diagnóstico, tratamiento y seguimiento; otras sobre todo en los países del tercer mundo, los marginados y las clases sociales más bajas no tienen acceso a estos tres elementos fundamentales.

Actualmente se puede observar que en Colombia la infección por VIH tiene su mayor tasa de incidencia en la población comprendida entre 20 y 34 años presentándose las más altas en hombres entre 25 y 29 años, y en las mujeres entre 20 y 29 años³⁷, es decir que la mayoría de las infecciones se están

³⁶ PANIAGUA, Sexólogo Especializado en CETIS- Argentina. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana- SASH, y de la sociedad colombiana de Sexología, 1991.

³⁷ DANE. Situación de las ITS en Colombia 1976-2006. Semana epidemiológica No 47, Bogotá D.C., Noviembre 28 al 21 del 2001.

presentando en los primeros años de la juventud, lo que indica que posiblemente ha habido fallas en la transmisión y en la adquisición de la información en cuanto a la prevención del VIH/SIDA durante la adolescencia, que les impide a estos jóvenes adoptar medidas preventivas frente a la infección del virus; pues los datos de la encuesta CELADI (Centro Latinoamericano de Investigación)³⁸ demuestran que el 73% de los hombres y el 61% de las mujeres adolescentes que han iniciado su actividad sexual no utilizan ninguna protección.

La adolescencia es la etapa de la vida que coincide con la época escolar, en la que se debe aprovechar para ilustrar e instruir a los adolescentes en temas de educación sexual que vayan acordes a los momentos del desarrollo evolutivo en el que se encuentran; el cual está caracterizado por cambios fisiológicos y morfológicos, mutuamente relacionados, que se producen durante el primer periodo adolescente comprendido entre los 11 y los 15 años y marcado por la pubertad o comienzo de la madurez sexual, donde aparecen los caracteres sexuales secundarios, y seguido de un período que hace referencia a la maduración de las otras esferas de la persona: intelectual, social y afectiva³⁹.

Los cambios psicológicos generan en el adolescente nuevas formas de pensar e intereses y expectativas diferentes, así como continuos cambios de actitud que lo llevan a ver y a vivir el mundo de una manera diferente, a enfrentarse a él mismo, a decidir personalmente, y a comenzar a manejar su propia vida. La adolescencia es una etapa más de auto-descubrimiento, de clarificación de identidad, de maduración y de construcción personal; marcada por la inestabilidad afectiva y la fluctuación en la imagen de sí mismo, por la inseguridad y la debilidad en la voluntad, por el descubrimiento de la intimidad y la tendencia a la introspección⁴⁰.

³⁸ CELADI, Centro Latinoamericano de Investigación, Ministerio de salud. Los adolescentes: población vulnerable al SIDA. 1990.

³⁹ RAMÍREZ, Carlos Augusto. Los adolescentes y el SIDA. OPS. 2000.

⁴⁰ Ibid.

Mientras el adolescente aprende a conducir y a manejar sus diferentes posiciones es muy posible que se enfrente a choques, confrontaciones y cambios comportamentales; éste, abandona sus conductas infantiles, adopta sus primeros comportamientos de adulto y logra cambios a nivel socio-afectivo, viéndose abocado a cumplir con nuevas expectativas que su sistema social le plantea, es decir, va conformando su rol de adolescente⁴¹.

Esta es una etapa crucial en la formación bio-psico-social de los individuos; durante la adolescencia el desarrollo biológico se expresa en un cambio radical en la apariencia física, volviéndose aptos para la reproducción; el desarrollo intelectual los habilita para elaborar operaciones abstractas y el desarrollo psicosocial les permite asumir nuevos roles dentro de sus grupos sociales.

Otro de los aspectos que tiene que enfrentar todo adolescente es el de construir una identidad sexual, proceso en el cual existen importantes influencias del contexto social a través de esquemas culturales, mitos, prejuicios, que pueden ser adquiridos por los medios de comunicación; los cuales ofrecen patrones de socialización estereotipados que en ocasiones le niegan la alternativa de generar su propia decisión y lo someten a adoptar posiciones no convenientes dificultando el desarrollo y el ejercicio sexual⁴².

Por estas características los adolescentes merecen la denominación de población vulnerable con alto riesgo frente a la infección del VIH/SIDA, pues los cambios biológicos que experimentan junto con los cambios psicológicos les generan inestabilidad e inseguridad al momento de tomar decisiones y de asumir una posición de manera acertada frente a la adopción de comportamientos que les permitan prevenir la adquisición del virus.

⁴¹ RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Batería psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004, 33-43p.

⁴² Ibid.

Según los resultados de la investigación Sexualidad y Riesgos del SIDA en los Adolescentes de la Comuna No. 2 de Neiva (1994): “Ellos se sienten invulnerables a esta enfermedad y aparentemente no se preocupan por el alto riesgo de transmisión al que están expuestos y consideran que nunca llegarán a adquirirla”⁴³. Esta sobrestimación de sus posibilidades de invulnerabilidad o la simple negación del riesgo, puede dificultar la asociación entre prácticas de riesgo y sus nocivas consecuencias.

El riesgo de adquirir el VIH es además, un concepto intangible; pues muchos adolescentes no comprenden ni siquiera el concepto de riesgo, de modo que sus decisiones personales se basan en razonamientos, muchas veces equivocados, debido tal vez a los escasos conocimientos sobre la enfermedad y a las creencias erróneas que de la misma se posean.

5.2 CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

Según el Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS” de la OPS-OMS⁴⁴, al hablar de conocimientos nos referimos a datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe hacer ante una situación determinada; este término se usa en el sentido de información, concepto, hecho; pero también como comprensión y análisis. Asimismo los conocimientos son el conjunto de habilidades intelectuales relacionadas con un tema específico, en este caso el VIH/SIDA.

⁴³ MANRIQUE, Luz Elcy. Sexualidad y riesgos del SIDA en los adolescentes de la comuna No. 2 de Neiva. Tesis (Magíster en educación y desarrollo comunitario) CINDE-Universidad Surcolombiana, Facultad de educación, programa de educación y desarrollo comunitario. Neiva: 1994, 250p.

⁴⁴ OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS”. México: 1990.

El conocimiento junto con las creencias, favorecen conductas específicas de conservación y promoción de la salud; el elemento cognitivo es, en suma, un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables. Aunque el reconocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de un cambio de conducta, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio del comportamiento (Fineberg, 1988)⁴⁵.

Sin embargo, poseer conocimientos no garantiza la realización de conductas adecuadas, pero es esencial para que la persona haga conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las creencias y prácticas⁴⁶; el tipo de conocimiento adecuado en sexualidad y SIDA es el que estimula el autoanálisis y es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas⁴⁷.

En la actualidad, los riesgos potencialmente altos que enfrentan los adolescentes de adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), han hecho surgir la necesidad de enfrentar esta problemática desde el punto de vista de sus causas; las cuales pueden estar en relación con la alta prevalencia de la actividad sexual de inicio temprano sin la debida protección, sumada a la falta de información sobre la sexualidad humana, la cual debe incluir conocimientos fundamentales sobre ETS y en especial del VIH/SIDA, como sus mecanismos de transmisión y formas de prevención que advierten a los adolescentes la importancia de adoptar comportamientos que minimicen el riesgo de infección.

La tarea de instruir a los adolescentes en temas relevantes y pertinentes como el VIH/SIDA es compromiso de todos; pero principalmente de la familia y la escuela, como primeros formadores. Por esto es importante que la familia, los maestros y la

⁴⁵ SOTO, Francisco y Cols. Revista Española de Salud Pública, Vol. 71 No. 4, Madrid: Julio-Agosto, 1997

⁴⁶ ALEJO, Alonso. Educar en educación sexual mediante el abordaje y asesoría individual de la sexualidad en los adolescentes. 1994.

⁴⁷ OPS-OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS". México: 1990.

sociedad en general, estén bien informados acerca del VIH/SIDA, asimismo es necesario que se genere un ambiente de confianza que haga posible que los adolescentes hablen sin vergüenza, ni temor a represalias.

Los adolescentes de hoy reciben la instrucción por parte de otros miembros de su mismo grupo de pares o por los medios de comunicación, siendo éstas las fuentes de información que con frecuencia presentan la sexualidad en forma distorsionada o sensacionalista; lo que produce en los adolescentes conceptos mal fundados, conocimientos erróneos, actitudes desfavorables y comportamientos riesgosos; factores que contribuyen a que el adolescente no le dé la suficiente importancia a la gravedad de esta enfermedad. *“La gran mayoría de las personas que toman la decisión de pasar a ser activas sexualmente, lo hacen con una formación inadecuada”*⁴⁸.

*“Los jóvenes tienen derecho a una información apropiada para poder tomar decisiones y tener acceso a los medios que les ayude a actuar de forma responsable”*⁴⁹. Para esto, ya se están desarrollando programas innovadores a nivel mundial que brindan estos servicios a los adolescentes; pues desde el descubrimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la difusión de la información sobre esta enfermedad se ha empezado a hacer desde diferentes medios; y a pesar del surgimiento de variadas polémicas, éstas han contribuido a la búsqueda de una información más adecuada. Es así, que durante todo el proceso de investigación sobre el tema se han realizado hipótesis acerca de sus formas de contagio, prevención y manejo, algunas de las cuales se han descartado y otras se han confirmado; pero de todo esto ha quedado un conocimiento más amplio en la sociedad en general, que debe ser transmitido de manera satisfactoria con la ayuda y el apoyo de programas educativos que

⁴⁸ STEWART, Lindsay. Boletín Internacional sobre Prevención y Atención del SIDA: Acción en SIDA. En: Colectivo Sol A.C. No. 25. (abril – junio 1995).

⁴⁹ Ibid.

instruyan a los adolescentes y fomenten en ellos pautas para prevenir la transmisión de este virus.

Dichos programas deben incluir la información necesaria acerca de los aspectos fundamentales de la enfermedad. Por ejemplo, los adolescentes deben empezar por conocer los factores generales que han contribuido a que el padecimiento se haya convertido en uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo⁵⁰:

- Una letalidad elevada de esta enfermedad, entre un 80 y 100% de personas infectadas mueren tres años después del inicio del SIDA (no de la adquisición del virus).
- Es un padecimiento relativamente nuevo (descrito por primera vez en 1981).
- El número de casos se incrementa en forma acelerada.
- La transmisión se ha diseminado en todos los países de América y en todo el mundo.
- Afecta principalmente a personas en edad productiva, pero todos estamos expuestos al riesgo.
- Se trata de una enfermedad para la que aún no existen vacunas y los tratamientos disponibles no son totalmente efectivos.

También es importante que los adolescentes tengan en cuenta que el SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus se inserta dentro de los linfocitos T4, glóbulos blancos que hacen parte del sistema inmune (de defensas corporales). El VIH se reproduce dentro de estas células hasta destruirlas, produciendo nuevos virus que infectarán a otras células. Con los años, los linfocitos disminuyen al punto de debilitar la capacidad del organismo para combatir otras enfermedades.

⁵⁰ MINISTERIO DE SALUD. SIDA: Prevención en familia, apoyo para la vida. Programa ETS-VIH/SIDA. Bogotá: 2006.

Una persona con VIH se puede sentir sana debido a que el nivel de glóbulos blancos no ha disminuido lo suficiente, lo que se conoce como un portador asintomático; pues el SIDA propiamente dicho, se presenta tan sólo cinco, diez o más años después de haberse infectado con el virus, es entonces cuando aparecen síntomas de enfermedades que normalmente serían controladas por un sistema inmune sano. Sin embargo a los pocos días de haberse infectado, ciertas secreciones ya contienen el virus y la persona puede transmitirlo (muchas veces sin saberlo), si no se toman las medidas de precaución necesarias.

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios propios de locomoción; y para su transmisión es indispensable que el virus procedente de un individuo afectado, atraviese las barreras naturales de una persona sana y penetre en sus tejidos. Esto ocurre cuando secreciones contaminadas con suficiente cantidad de cargas virales infectantes entran en contacto con tejidos submucosos o subdérmicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales.

El VIH se transmite únicamente a través de tres mecanismos claramente definidos⁵¹:

- Por relaciones sexuales: El VIH se encuentra presente en el semen, la sangre y las secreciones vaginales. Este tipo de secreciones se intercambian durante las relaciones sexuales con penetración del pene ya sea en la boca, en la vagina o en el ano. Es decir que el virus puede pasar de hombre a mujer, de mujer a hombre, de hombre a hombre y de mujer a mujer. Este tipo de contagio a través del contacto sexual íntimo constituye actualmente el principal mecanismo de diseminación de la pandemia.

⁵¹ Ibid.

- A través de la sangre: El VIH se encuentra en la sangre de las personas infectadas en forma libre extracelular y en el interior de sus linfocitos y macrófagos. La transmisión ocurre cuando la sangre de una persona portadora del VIH ingresa en un organismo sano, ya sea a través de transfusiones o elementos corto punzantes que tengan sangre de otra persona, tales como jeringas, máquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar y agujas de tatuaje o acupuntura. El virus no ingresa a través de la piel sana.
- De la madre al hijo: Si la madre tiene el VIH puede transmitirlo a su bebé ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, no todos los niños que nacen de madres infectadas tendrán la infección, haciendo uso de un tratamiento médico adecuado.

El virus que causa el SIDA es muy frágil y no sobrevive fuera del cuerpo, pues lo afecta con suma facilidad la sequedad, el calor y los desinfectantes comunes. Por lo tanto, el contacto social y cotidiano con una persona infectada no representa ningún riesgo para sus familiares y amigos, siempre y cuando se tomen las medidas de precaución necesarias.

Una persona infectada con el virus demora en promedio entre cinco y diez años para desarrollar síntomas después del momento de la infección; siendo claro que los síntomas nunca se desarrollan de manera inmediata. La presentación de los síntomas se debe a muchos factores, como el desarrollo del mismo virus dentro del organismo, el deterioro del sistema inmune y la presentación de las enfermedades e infecciones oportunistas que atacan al organismo, además del estado nutricional y anímico de la persona. Por esto, el virus no se desarrolla tan rápido y la destrucción de las defensas es un proceso que lleva tiempo⁵².

⁵² Ibid.

Cuando la persona ya presenta determinadas enfermedades como consecuencia de la destrucción de su sistema inmune debido a la presencia de infecciones oportunistas, es cuando se dice que aparecen los primeros síntomas del SIDA. Las infecciones oportunistas pueden ser problemas crónicos de tipo respiratorio y gastrointestinal que se presentan de manera frecuente y por largos periodos de tiempo; pueden presentarse también enfermedades que afectan el sistema nervioso, la piel, los huesos y el cerebro. Cada individuo desarrolla enfermedades particulares en periodos de tiempos determinados.

Para conocer si se es portador o no del virus que causa el SIDA existen pruebas de laboratorio que miden las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH, los llamados anticuerpos. Se debe tener en cuenta que al inicio de la infección, el sistema de defensas aún funciona y reacciona contra el virus. Por lo tanto tales defensas se demoran entre tres y seis meses para producirse a partir del momento en que el virus ingresa al organismo. Es lo que se conoce como periodo de ventana inmunológica, durante el cual se puede transmitir el virus.

La prueba de ELISA (prueba de inmunosorción enzimática) es la que se usa con más frecuencia, consiste en tomar una muestra de sangre para examinarla y detectar los anticuerpos que el organismo ha desarrollado para enfrentar el VIH. Un resultado positivo significa que se ha estado en contacto con el virus y que puede transmitirlo; pero no quiere decir que la persona tenga SIDA. Debe repetirse la prueba para confirmar el resultado. Un resultado negativo significa que no se hallaron anticuerpos contra el VIH, pero la persona puede estar infectada sin haber desarrollado anticuerpos contra el VIH, es decir, que su última relación sexual desprotegida fue hace menos de tres meses; esto no quiere decir que la persona sea inmune al VIH o que no tenga ya de qué preocuparse⁵³.

⁵³ Ibid.

El WESTERN BLOT es una prueba de laboratorio más específica porque detecta los anticuerpos individuales contra todas las proteínas que componen el virus. Esta prueba debe realizarse después de repetir la prueba de ELISA que confirme el resultado inicial para estar totalmente seguros.

Hay que saber que es imposible detectar el estado de infección por el VIH de una persona basándose simplemente en su aspecto físico. Aunque no lo sepan ni ellos mismos, algunos individuos con apariencia saludable pueden estar infectados y por tanto pueden contagiar a los demás.

Para prevenir la infección por vía sexual es importante evitar el contacto directo con secreciones corporales durante la relación sexual. El VIH pasa de persona a persona, de forma que la transmisión se da en cadena. Por lo mismo, si se disminuye el número de parejas, hay menos posibilidad de entrar a ser parte de esa cadena. De igual forma se pueden poner barreras para que el virus no pase del portador al huésped, por esto es importante conocer el pasado sexual de la posible pareja y hablar de cómo protegerse si se decide tener relaciones sexuales. Otras formas de evitarlo es tener un compañero sexual estable, usar preservativos, exigir medidas higiénicas generales al momento de donar sangre y en consultas odontológicas, además de evitar el empleo de jeringas y agujas reutilizadas tanto en los establecimientos de salud como en situaciones de drogadicción⁵⁴.

Debido a la gravedad del problema, es de vital importancia suministrar información y orientación sobre el tema a toda la población y en especial a los adolescentes, los cuales son muy susceptibles y poco concientes de la gravedad de esta problemática; lo que puede ser el resultado de haber recibido una información pobre, deficiente y errada del asunto; no saben o no quieren asumir que en el

⁵⁴ Ibid.

contacto sexual está el mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA⁵⁵. Es necesario que éstos entiendan y sean concientes de que si no manejan su sexualidad con responsabilidad pueden estar expuestos a contraer el virus del VIH, pues son ellos el grupo de más alto riesgo ya que se encuentran en la etapa de inicio de su actividad sexual.

5.3 CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ACERCA DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

Las prácticas preventivas de un individuo frente al VIH/SIDA son determinadas por sus creencias o percepciones sobre la susceptibilidad o vulnerabilidad al contagio, la gravedad de las consecuencias si se llegara a padecer la enfermedad, la efectividad o las barreras de asumir comportamientos preventivos, y las claves para la acción protectora frente a la infección del virus⁵⁶.

5.3.1 Modelo de creencias en salud. Desde su origen en la década de los 50 el Modelo de creencias en salud (**MCS**) se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud por explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Es un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

En este modelo se entienden las creencias individuales como la relación ideal entre socialización y comportamiento; dichas creencias son consideradas como características perdurables del sujeto que determinan el comportamiento y pueden ser adquiridas a través de la socialización primaria (Sheeran y Abraham, 1996)⁵⁷.

⁵⁵ PROFAMILIA. Conocimientos, Actitudes y Comportamientos Sexuales de los Adolescentes. Gerencia de evaluación e investigación. 1993-1994, 35-36p.

⁵⁶ SOTO, Francisco y Cols. Revista Española de Salud Pública, Vol. 71 No. 4, Madrid: Julio-Agosto, 1997.

⁵⁷ RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Batería psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004, 33-43p.

Lewin (1951, citado por Sheeran y Abraham, 1996)⁵⁸ propone la valencia de las creencias, que se refiere a la interpretación o evaluación de un comportamiento como más o menos atractivo, en términos positivos o negativos. De esta forma la probabilidad de experimentar un problema de salud, la severidad de las consecuencias de dicho problema y los beneficios percibidos al desarrollar un comportamiento saludable, en combinación con los costos potenciales, son considerados por el modelo como las variables claves que guían el comportamiento.

Desde una perspectiva temporal, la mayoría de los autores está de acuerdo en considerar que el embrión de lo que actualmente se conoce como **MCS** fue desarrollado alrededor de 1950 por un grupo de psicólogos entre los que se encontraban GM. Huchbaum, S.S. Kegels, H. Leventhal e IM. Rosenstock, pertenecientes al Public Health Service estadounidense.

Este primer acercamiento surge con la intención fundamentalmente pragmática de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas; por tanto, su objetivo primario de estudio era la prevención en sujetos sanos, pero veinte años después se utilizó en pacientes con síntomas manifiestos (Kirscht 1974)⁵⁹. En conclusión, el modelo tuvo en sus primeros años de vida una doble dimensión psicológica y social, de carácter eminentemente pragmático con vistas en un primer momento a la prevención y más tarde, al tratamiento, y surgió desde una perspectiva de investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación (Kirscht, 1988)⁶⁰.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ SOTO, Francisco y Cols. Revista Española de Salud Pública, Vol. 71 No. 4, Madrid: Julio-Agosto, 1997

⁶⁰ Ibid.

Los componentes básicos del **MCS** se derivan de la hipótesis propuesta por distintas aproximaciones teóricas (asumidas plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: el *Valor* que el sujeto atribuye a una determinada meta y la *Estimación* que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Circunscribiendo estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974)⁶¹, se puede traducir el valor como el deseo de evitar la enfermedad y la estimación como la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad.

La *susceptibilidad percibida*, la *severidad percibida*, los *beneficios percibidos* y las *barreras percibidas* serían de acuerdo con Rosenstock (1974) las dimensiones de que consta el **MCS**.

La ***susceptibilidad percibida*** ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar: desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad estadística de que le ocurra un problema de salud pero no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo. (Janz y Becker, 1984; Rosenstock 1974)⁶².

La ***severidad percibida*** se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias médico clínicas (como

⁶¹ RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Batería psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004, 33-43p.

⁶² CABRERA, Gustavo y Cols. Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud pública. Cali-Colombia: 2001, 19 (1): 91-101.

muerte, incapacidad o dolor) y por otro lado las posibles consecuencias sociales (los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares).

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que además, se percibe como grave (las dimensiones de susceptibilidad y severidad), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conductas de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta pueda tomar (Rosenstock 1974)⁶³. El curso de una acción específica dependerá, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los **beneficios percibidos**.

La última dimensión del modelo según *Rosenstock* (1974) tiene que ver con que determinadas **barreras percibidas** se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, es decir, que aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Según estas cuatro dimensiones, para entender el resultado final, el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en diferentes formas de conducta frente a la salud y/o enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil, y los aspectos negativos fuertes, estos funcionarían definitivamente como barreras, impidiendo la acción.

⁶³ Ibid.

Además de las dimensiones anteriores, autores como *Janz y Becker* (1984)⁶⁴ han señalado la necesidad de considerar una quinta dimensión que ha recibido el nombre de **claves para la acción**, en donde se tienen en cuenta ciertos estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones.

En el ámbito de la salud estas claves pueden ser internas (síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, entre otros) la intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y grado de severidad percibida, así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa (Weistein, 1993. Citado por Rubio León en el 2004)⁶⁵.

En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud.

En el ámbito de la Psicología de la Salud se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente y conductas de salud o de riesgo, relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas; por lo tanto, será necesario atender no sólo las conductas de salud que lleva a cabo el sujeto o las creencias que manifiestan tener, sino también lo que es más importante: la educación en salud, pues no se puede

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Bateria psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004, 33-43p.

desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.

De acuerdo con este modelo las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de la enfermedad y lo que en general puede denominarse: estilos de vida saludables.

El modelo intenta predecir la probabilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables y de riesgo; también incluye factores asociados con el cambio y el mantenimiento del comportamiento. Además, sostiene que la percepción de una persona sobre la conducta saludable está influenciada al menos, por tres factores: Valores generales e interés por la salud, creencias de salud específicas acerca de la propia vulnerabilidad a una amenaza particular para la salud, y creencias acerca de las consecuencias de un problema de salud. De esta forma las creencias en salud pueden ser usadas para diferenciar entre aquellas personas que optan o no por realizar una conducta saludable (Sheeran y Abraham, 1996)⁶⁶.

Se considera que el modelo es una buena herramienta a la hora de evaluar las creencias y percepciones en salud, fortaleza derivada del hecho de que el modelo fue directamente desarrollado en referencia a comportamientos en salud, lo que le

⁶⁶ Ibid.

aporta validez. Adicionalmente, el modelo considera las variables psicológicas primarias necesarias para la realización de un comportamiento saludable y, aunque su evaluación no aporta la totalidad de la explicación sobre la relación existente entre las variables psicosociales y la conducta saludable, sí permite evaluar la forma en que, en un primer momento, dichos factores se hacen presentes como moderadores de la probabilidad de realización del comportamiento objetivo.

En el ámbito de la modificación de comportamientos, el modelo de creencias en salud, además de tratar de explicar por qué las personas practican o no comportamientos saludables, también predice la relación entre el comportamiento y las circunstancias en las cuales dicho comportamiento puede cambiar. En últimas, si algún evento que tiene lugar en la vida de la persona altera su percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios o barreras se puede esperar la producción de cambios en el comportamiento.

Es importante considerar que entre las implicaciones de emplear el modelo de creencias en salud como lineamiento de un programa o estrategia de intervención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se encuentra que las acciones deben estar orientadas al incremento de la susceptibilidad percibida, al tiempo que se incremente también la percepción de los beneficios y la eficacia que puede tener un comportamiento saludable frente a la amenaza de la enfermedad (Sheeran y Abraham, 1996)⁶⁷.

5.3.2 Prácticas preventivas frente al VIH/SIDA. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa; las prácticas regulares se llaman hábitos, y se definen como una respuesta establecida para una situación

⁶⁷ Ibid.

común⁶⁸. Ciertas prácticas sexuales pueden convertirse en factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA⁶⁹.

El Modelo de creencias en salud considera los comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Es decir que la adquisición de comportamientos preventivos por parte de los adolescentes está mediada por la percepción que tienen estos frente a la enfermedad y la influencia que ejerce ésta sobre sus creencias.

Las tasas extraordinariamente altas de infección por VIH a través de la vía sexual reflejan la dificultad de los adolescentes para ejercer un control sobre sus emociones que les permita vivir una sexualidad más segura. La población adolescente está caracterizada por la poca precaución que asumen en su actividad sexual, debido a que en ellos prima la expectativa de descubrimiento y conocimiento de su cuerpo, la curiosidad y la aventura, lo cual les impide meditar sobre decisiones como la elección correcta de pareja y el uso de preservativos.

Los comportamientos no se dan en forma aislada, ya que un comportamiento propicio para la salud es consecuencia de la decisión que un individuo ha tomado informada y libremente entre una gama de alternativas o patrones de vida que se le ofrecen para disminuir el riesgo. El uso del preservativo es una medida preventiva simplista, de urgencia, mas no la única, y bien es cierto que tiene un porcentaje de fallas que fluctúan entre un 4 y 5%, pero no por eso se debe olvidar su uso, elevando la desprotección a un 100% máxime cuando sabemos que los condones no sólo si protegen contra el VIH sino también contra otras ETS⁷⁰.

⁶⁸ OPS-OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y sida/ ETS". México: 1990.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ WINTER, Anne. ONUSIDA. SIDA: Escucha, aprende y vive, campaña mundial contra el SIDA 1999 con los Niños y los Jóvenes, Desafíos para América Latina y el Caribe Brasilia, 25 de febrero de 1999.

A esto se suma que la mayoría de adolescentes se niegan a usar preservativos porque suelen considerarlos inapropiados para un hombre, no naturales, molestos e innecesarios. La mayoría de los jóvenes demuestran una gran falta de información sobre el VIH/SIDA; dicen que no pertenecen a los grupos de alto riesgo y al no preocuparse por esto corren gran peligro⁷¹.

Durante la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida y son muchas las cosas que se prueban o se intentan por primera vez durante la adolescencia, como por ejemplo las relaciones sexuales o el consumo de psicoactivos. El correr riesgos forma parte natural del crecimiento, pero pueden ser más peligrosos cuando no se asumen medidas preventivas⁷². Así por ejemplo, el uso de drogas ilícitas por medio de agujas compartidas implica un riesgo doble, por un lado la infección del VIH a través de la aguja y por otro lado la pérdida circunstancial del propio criterio para tener relaciones sexuales, lo que puede conducir a un embarazo no deseado o a infecciones de transmisión sexual.

La conducta de los adolescentes puede tener consecuencias tanto a corto como a largo plazo: las relaciones sexuales sin control constituyen la base de los problemas asociados al embarazo y al parto no deseado o precoz, así como de los abortos inducidos y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA. Además, estas acciones pueden llevar a la mortalidad y a la morbilidad materno infantil y a la infecundidad por no mencionar el impedimento del desarrollo social y económico de los adolescentes⁷³.

La palabra riesgo implica una contingencia o proximidad de un daño o peligro, y la probabilidad de consecuencias nocivas aumenta con la presencia de una característica o factor; por lo tanto, un factor de riesgo es toda característica o

⁷¹ MASTERS, W. JOHNSON, V. y KOLODNY, R. (1987). La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo (Original, 1985).

⁷² CELADI, Centro Latinoamericano de Investigación, Ministerio de Salud. Los adolescentes: población vulnerable al SIDA. 1990.

⁷³ ZARTA DE PLAZAS, Nidia y MONCALEANO GOMEZ, Luz Margot. Construcción de una propuesta a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva. Facultad de educación Universidad Surcolombiana, 1997.

circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos y creencias que poseen, está asociada a la infección por VIH.

Varios estudios han demostrado que los factores de riesgos dependen del comportamiento sexual; particularmente el número de parejas sexuales, la velocidad del cambio de parejas sexuales, prácticas sexuales, técnicas sexuales, entre otros. Las asociaciones que hace un mismo individuo de esos y de otros factores de riesgo aumentan las probabilidades de una infección por VIH; por otra parte la interacción de factores biológicos de riesgo y de los factores individuales tiene efectos sinérgicos como es el caso de antecedentes de úlceras genitales y múltiples parejas sexuales que se han asociado a infección por VIH⁷⁴.

La identificación de las prácticas de riesgo de contraer VIH de una comunidad permite organizar los servicios de prevención de las instituciones competentes, realizar acciones específicas en las poblaciones blanco, como es el caso de los adolescentes, en donde se promuevan prácticas preventivas como:

- La utilización de preservativos o condones en relaciones heterosexuales y homosexuales.
- Evitar la multiplicidad de compañeros y compañeras sexuales.
- Los drogadictos deben usar aguja única para cada aplicación.
- Evitar relaciones orogenitales y ororrectales.
- No tener contacto sexual con personas que tengan VIH/SIDA confirmado.
- No usar analgésicos locales, lubricantes ni inhalantes (drogas o sustancias psicoactivas) previos a la actividad sexual.
- Evitar el intercambio de objetos de uso personal que implique intercambio de sangre como: máquinas, agujas, cepillos de dientes y jeringas.

⁷⁴ Ibid.

- Las mujeres con examen positivo deben abstenerse de quedar embarazadas, pues el recién nacido es vulnerable a las infecciones de la madre.
- Personas con diagnóstico o presunción de SIDA deben abstenerse de donar sangre, semen u órganos⁷⁵.

⁷⁵ Ibid.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación tiene un diseño no experimental, de corte transversal, en el cual no se manipularon deliberadamente las variables; se observó el fenómeno tal y como se dio en su contexto natural, se recolectaron los datos en un sólo momento, es decir, se hizo una medición única; para después analizar los resultados. No se construyó ninguna situación; si no que se observaron las ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Campos⁷⁶ define el tipo de estudio como “el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados” en determinada investigación.

Esta investigación se orientó bajo el enfoque cuantitativo, el cual se fundamenta en el método científico como paradigma de investigación. Definido como “...procedimiento para tratar un problema o conjunto de problemas...mediante una serie de operaciones y reglas prefijadas aptas para alcanzar el resultado propuesto...cuyos elementos son...los conceptos, las definiciones, las hipótesis, las variables y los indicadores”⁷⁷.

La investigación cuantitativa es la “aplicación de los procedimientos del método científico, en busca de respuestas y solución a problemas y cuestiones esenciales

⁷⁶ CAMPOS, A. Método, plan y proyecto en la investigación social. Colección salud y sociedad. Citado por DE CANALES, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, 134p.

⁷⁷ ANDER EGG, Ezequiel. Citado por DE CANALES Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, 134p.

acerca de hechos significativos”⁷⁸. Por lo tanto, en esta investigación los conceptos operacionales se plantearon en dimensiones medibles ligados a la teoría; los datos que se obtuvieron se expresaron numéricamente según sus propiedades y fueron sometidos a análisis estadísticos de modo sistemático y ordenado.

6.2 TIPO DE DISEÑO

El diseño metodológico empleado en esta investigación es de tipo descriptivo transeccional, el cual tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en ubicar a la situación en variables o conceptos y proporcionar su descripción; este tipo de diseño presenta un panorama del estado de las variables y su interpretación de una manera amplia y objetiva en uno o más grupos de personas, objetos o situación en que se encuentra una comunidad o un contexto en un determinado punto del tiempo⁷⁹.

Por lo tanto los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas frente al VIH/SIDA se ubicaron en variables y conceptos medibles que facilitaron su cuantificación, descripción y análisis.

Desde el punto de vista científico, describir es medir, por lo tanto, en estudios de este tipo se selecciona una serie de aspectos y se mide cada uno de ellos independientemente para así describir lo que se investiga⁸⁰; en esta investigación se especificaron las propiedades importantes respecto a los conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes escolarizados de 10^o y 11^o del municipio de Neiva, se hizo la respectiva medición y evaluación

⁷⁸ DE CANALES, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, 134p.

⁷⁹ DELGADO DE JIMENEZ, Maria Consuelo. Investiguemos. Neiva/Huila: 1999, 259p.

⁸⁰ HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Segunda edición, 1998.

de sus diversos aspectos, dimensiones o componentes, y finalmente se describió y analizó el problema investigado.

Esta investigación midió de manera independiente los conceptos o variables definidos e integró las mediciones de estas variables para decir cómo es, cómo se manifiesta y cómo se relaciona el tema de interés.

6.2.1 Fases del Diseño. Según lo planteado por Ospino (2004): “la investigación es un proceso, es decir, un conjunto de fases sucesivas para llegar a un fin; ese caminar paso a paso debe ser ordenado y metódico para evitar engaños”⁸¹; es por eso que esta investigación posee las siguientes fases, según lo planteado en el libro Metodología de la investigación en Ciencias de la Salud de Jairo Alfonso Ospino Rodríguez, profesor de la facultad de ciencias de la salud de la UCC.

6.2.1.1 Fase de selección del problema: Esta fue la fase inicial, en donde se planteó la idea y se definió el problema a investigar. Inicialmente el interés de este trabajo se fijó en el estudio del VIH/SIDA en niños y jóvenes de la ciudad de Neiva; el cual surgió al revisar las estadísticas de la enfermedad donde el aumento de casos diagnosticados en esta población en los últimos años, es alarmante, y también a la sensibilización que, en diversas áreas de la salud como la medicina, la enfermería y la psicología, se ha adquirido frente a esta problemática social.

Esta investigación surgió entonces, de la necesidad de identificar y describir los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas del VIH/SIDA que tienen especialmente los adolescentes escolarizados de 10^o y 11^o de la ciudad de Neiva, como población vulnerable a la infección del virus; con el objetivo de presentar un diagnóstico que le permita a futuros investigadores adoptar la creación e

⁸¹ OSPINO RODRÍGUEZ, Jairo Alfonso. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud. Primera edición, 2004, 77p.

implementación de estrategias eficaces para la prevención de la enfermedad y así controlar los índices de infectados.

6.2.1.2 Fase de concreción del problema: En esta fase se realizó la delimitación temática a partir de un proceso de materialización, donde se establecieron los objetivos, se justificó la investigación y se evaluó su pertinencia y factibilidad.

6.2.1.3 Fase del marco teórico: Se realizó la revisión de la literatura con el fin de permitir enmarcar el trabajo en una teoría ya existente, en este caso el Modelo de Creencias en Salud, el cual tiene un enfoque cognitivo-conductual. Al cual se llegó a partir de la exploración y recopilación de los estudios previos con respecto al tema para indagar aportes novedosos y así contextualizar la investigación.

6.2.1.4 Fase del diseño de la investigación: Según las características y los objetivos de la investigación, se eligió el enfoque cuantitativo y el diseño metodológico descriptivo que permitió alcanzar los objetivos propuestos de identificar y describir. En esta fase también se realizó la selección de la muestra, por medio del programa estadístico STATS.

6.2.1.5 Fase de operacionalización: En esta etapa se definieron operacionalmente las variables de la investigación, es decir los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas del VIH/SIDA; se definieron los conceptos, dimensiones e indicadores, con el fin de hacer manejables y medibles los datos que el sujeto de esta investigación aportó.

6.2.1.6 Fase de elaboración del instrumento: En esta fase se prepararon los ítems con los cuales se midieron las variables establecidas en la investigación. La técnica utilizada fue la encuesta, y el instrumento fue un cuestionario construido por las investigadoras para la recolección de los datos, el cual fue validado por

jueces expertos y a través de una prueba piloto; dicho cuestionario quedó constituido por 64 ítems, en el cual se incluyeron 4 preguntas de información general, 18 de conocimientos, 22 de creencias, 10 de prácticas preventivas cotidianas y 10 de prácticas preventivas de sexualidad.

6.2.1.7 Fase de la instrumentación: Una vez validado el instrumento se procedió a extraer y recolectar los datos con la colaboración de 368 estudiantes que se encontraban cursando 10º y 11º EMV en las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales de la ciudad de Neiva durante el mes de junio del año 2007.

6.2.1.8 Fase del procesamiento de datos: Los datos se homogenizaron haciéndolos lógicos y entendibles a través de la base de datos microsoft EXCEL.

6.2.1.9 Fase de análisis de datos: Por medio del software SPSS versión 11.5 se analizaron debidamente los datos obtenidos y se empezó a describir y relacionar las variables de interés en este estudio; utilizando los métodos estadísticos correspondientes.

6.2.1.10 Fase de la solución de la investigación: Fase de desenlace de la investigación, en donde finalmente se confrontaron los resultados obtenidos con la realidad y con la teoría o referentes concretos de la investigación.

6.2.1.11 Fase de la presentación de la investigación: Se realizó el informe final de la investigación, en donde se presentaron los datos debidamente organizados y analizados a la comunidad en el contexto adecuado. También se dio a conocer a la población con la cual se realizó la investigación; ésta es la fase de compartir los conocimientos y la información que arrojó el estudio.

6.2.1.12 Fase de la retroalimentación: Es el momento de críticas al proceso de investigación, una evaluación a conciencia logrará detectar errores y tomar

medidas de corrección. Implica una evaluación intrínseca y extrínseca de los factores que intervinieron en la preparación, ejecución y presentación de la investigación.

6.3 POBLACIÓN

Según Fayad Camel⁸² universo o población es “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada”.

La población de esta investigación, son todos aquellos adolescentes de ambos géneros que cursan 10º y 11º EMV en la jornada diurna de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva (8.659).

6.4 MUESTRA

Teniendo en cuenta el alto número de adolescentes, que cursan 10º y 11º de Educación Media Vocacional (EMV) en las Instituciones Educativas (IE) oficiales y no oficiales del municipio de Neiva, quienes son el objeto de interés de la investigación; se hizo necesario extraer una muestra representativa, es decir un subgrupo de la población que permitió generalizar los resultados y que además, ahorró tiempo y recursos.

En el presente trabajo se utilizó una muestra probabilística, porque todos los estudiantes tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. Para esto, se definieron inicialmente las características de la población, se calculó el tamaño de la muestra y se seleccionaron aleatoriamente los adolescentes objeto de estudio.

⁸² FAYAD CAMEL, citado por DE CANALES, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, 134p.

Para esto, se averiguó cuántas Instituciones Educativas (oficiales y no oficiales) tiene la ciudad de Neiva con los grados 10º y 11º EMV. Se encontró que hay 30 IE oficiales que cumplen con estos requisitos y 21 IE no oficiales en iguales circunstancias, con un número de estudiantes de 7.037 y 1.622 respectivamente.

Luego, se procedió a calcular la muestra a través de un método informático sencillo y práctico, como lo es el programa estadístico denominado STATS; el cual, garantizó la obtención de una muestra proporcional al universo con sólo ingresar la información requerida. Este programa solicita que se determine el tamaño del universo o la población, que se defina el error estándar (probabilidad) y el nivel de significancia o margen de error, así como el de confianza; y automáticamente coloca un nivel de 95% y 5% (confianza y error respectivamente) y de inmediato se obtiene el tamaño de muestra apropiado; el cual, para esta investigación, fue de 368 estudiantes de 10º y 11º de Neiva.

Teniendo en cuenta el alto número de Instituciones Educativas existentes en la ciudad, con un total de 51 que cumplen los requisitos para esta investigación; y con el fin de lograr unos resultados acordes a dicha proporción, se procedió a calcular un número muestral de IE a las cuales se debía aplicar la encuesta; para esto se utilizó nuevamente el programa STATS, que con un 90% de confiabilidad y 10% de error, arrojó un total de 23 IE. Y debido a que el total de Instituciones Educativas oficiales sobrepasan en cantidad a las no oficiales, con una representación del 59% y 41% respectivamente; se aplicó esta proporción al tamaño de la muestra de IE, y a través una regla de tres se obtuvo como resultado 14 Instituciones Educativas oficiales y 9 Instituciones Educativas no oficiales a las cuales se aplicó el instrumento. Todo esto con el fin de obtener una muestra lo suficientemente representativa y así poder generalizar los resultados al resto de la población.

Después de realizado este procedimiento el programa arrojó una muestra de 368 estudiantes distribuidos de manera intencional según la proporción de estudiantes para cada Institución Educativa (16 estudiantes en total por cada grado, 8 de género masculino y 8 de género femenino). Los estudiantes a quienes se les aplicó el instrumento correspondiente fueron escogidos aleatoriamente de acuerdo al número muestral arrojado por el programa STATS para cada Institución.

La ventaja de este método de muestreo, es que se puede medir el tamaño de error estándar en las predicciones de las investigadoras. Es de resaltar que por estar la muestra dividida en subpoblaciones iguales, esta es una muestra estratificada proporcional que tiene una adecuada representatividad; es decir, es aquella en la cual la fracción de muestreo es igual para cada estrato establecido sin considerar las variantes en la constitución numérica de cada estrato.

6.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.5.1 Encuesta. En el presente trabajo se utilizó la encuesta como la técnica con la cual se recolectaron los datos, se realizó sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio y se llevó a cabo en el contexto de la vida cotidiana de cada uno, se utilizaron procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

6.5.2 Cuestionario. El cuestionario es el instrumento que se usó dentro de la técnica de la encuesta y consistió en un conjunto de preguntas estructuradas y enfocadas que se contestan con lápiz y papel; se escogió porque es un método de recolección de datos muy útil que permitió ahorrar tiempo y facilitó a los individuos la participación en la investigación sin ayuda ni intervención directa de las investigadoras.

El cuestionario llamado “Conocimientos, Creencias y Prácticas Preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes escolarizados de 10º y 11º EMV de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva”, consta de 64 preguntas divididas en cuatro secciones: la primera, de Información general, que recolectó la información sociodemográfica de los participantes; la segunda, de conocimientos acerca de la enfermedad; la tercera, se refiere a las creencias que poseen los adolescentes acerca del VIH/SIDA; y la cuarta, indagó las prácticas preventivas que adoptan los adolescentes frente a la transmisión de la enfermedad.

Para cada sección se establecieron instrucciones de diligenciamiento, indicadas al inicio de cada una. En cuanto a la forma de solucionar el cuestionario, se propusieron tres tipos de preguntas: la variable de conocimientos se midió con preguntas de selección múltiple con única respuesta, las de creencias y algunas de prácticas preventivas fueron dicotómicas, es decir, sólo se escoge entre las opciones SI y NO; y por último se encuentra una escala de tipo likert en donde se midió la frecuencia con la que los estudiantes realizan ciertos tipos de comportamientos preventivos, cuyas opciones fueron: Siempre, Algunas veces y Nunca.

6.5.3 Validez y confiabilidad. La forma de examinar la validez de la prueba, es determinar si la prueba se concentra en los resultados de un estudio y si los resultados se entienden dentro del propósito de la investigación⁸³.

Para garantizar la validez del instrumento que se usó en la presente investigación, se definieron las variables operacionalmente y se subdividieron en categorías que garantizaron un número de indicadores que luego se expresaron en reactivos, así se logró una adecuada representatividad de ítems para cada variable, teniendo en cuenta que el universo de reactivos posibles para cada atributo era muy extenso

⁸³ HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Segunda edición, 1998.

(validez de contenido. Bohrnstedt, 1976)⁸⁴; todo este procedimiento se basó en la teoría expresada en el marco teórico de este proyecto para cada variable, usando como guía el Manual de encuestas CACP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas) en sexualidad y SIDA/ETS elaborado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud)⁸⁵ y teniendo como base teórica el Modelo de Creencias en Salud propuesto por Rosenstock y Becker (1974)⁸⁶; esto garantizó que los resultados arrojados por el cuestionario se relacionaran estrechamente con los constructos psicológicos subyacentes (validez de constructo. Carmines y Zeller, 1988)⁸⁷.

Para la recolección de los datos se construyó inicialmente un cuestionario de 56 ítems basado en los objetivos propuestos desde el inicio del estudio, con la precaución de que cada pregunta tuviera su finalidad y midiera lo que en realidad se deseaba. Este instrumento fue sometido al juicio de tres expertos en los temas de Psicometría y VIH/SIDA, con el fin de obtener la validez de contenido, la cual asegura que la medición de la variable represente el concepto medido. Y a partir de las sugerencias hechas por estos jueces, entre las cuales estaba aumentar algunos ítems, se hicieron las respectivas correcciones, resultando finalmente 64 ítems.

Posteriormente se realizó una prueba piloto con 37 estudiantes, que corresponden al 10% de la muestra con la que se realizó la investigación. Dichos estudiantes cursaban 10º y 11º grado en las Instituciones Educativas IPC y Heissenberg (oficial y no oficial) de la ciudad de Neiva.

Luego de recoger los datos con la prueba piloto se procedió a realizar el análisis de estos, en donde se halló el Pi, es decir la proporción de personas que aciertan

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS". México: 1990.

⁸⁶ CABRERA, Gustavo y Cols. Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud pública. Cali-Colombia: 2001, 19 (1): 91-101.

⁸⁷ HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Segunda edición, 1998.

cada uno de los ítems, con lo que se obtuvo el índice de discriminación de cada uno de ellos. Finalmente se realizó la correlación de variables, y se demostró que la prueba tiene validez de constructo, la cual indica cómo la medición de una variable se relaciona con otra de acuerdo con la teoría que corresponde a los conceptos que se están midiendo. Demostrando que hubo una correlación del 60% entre las variables de conocimientos y creencias, entre conocimientos y prácticas preventivas referidas a la sexualidad una correlación del 33%, entre creencias y prácticas del 32% y entre creencias y prácticas preventivas referidas a la sexualidad una correlación del 53%.

La confiabilidad del instrumento se logró elaborando los reactivos en forma clara, de tal manera que fueran entendidos de forma similar por todos los estudiantes; y el nivel de dificultad de los ítems fue intermedio (ni muy sencillos, ni muy complicados) y adecuado al nivel escolar de los participantes en la investigación.

Para lograr un mayor entendimiento del cuestionario y para disminuir ambigüedades, se realizó un encabezado con una serie de instrucciones para resolver el cuestionario de forma adecuada. Las condiciones físicas de la aplicación de la prueba fueron de orden y silencio, se dio un espacio para resolver las dudas de los estudiantes antes de proceder a aplicar el instrumento. La población fue abordada en el aula de clases en un espacio de tiempo especial brindado por los profesores y la duración de la prueba fue de 40 minutos aproximadamente.

Los procedimientos de evaluación del cuestionario fueron coherentes, se tuvo en cuenta para la sección de conocimientos la única respuesta correcta y para la sección de creencias y prácticas las respuestas esperadas a las cuales se les asignó un puntaje.

6.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de haber recolectado la información, se diseñó y desarrolló una base de datos en el programa Microsoft EXCEL. El procesamiento y análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión No 11.5, con el cual se realizó la distribución de frecuencias propia de la estadística descriptiva, y se calculó la diferencia, significancia y relación entre las variables de estudio. Es decir, que en cada pregunta se contó el número de veces en que fue escogida cada opción de respuesta y con base a esto, fue posible conocer la relación existente entre las variables.

Seguidamente, se hizo un análisis de tipo cuantitativo y se contrastó con la teoría pertinente, esto exigió la contemplación y el repaso del plan de investigación para establecer si se cometieron errores o no. Para la difusión de los resultados e informes respectivos se diseñaron gráficos apropiados a la naturaleza y nivel de medición de las variables como tablas, gráficos de sectores e histogramas.

6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables son: Sociodemográfica, Conocimientos, Creencias y Prácticas Preventivas de los Adolescentes escolarizados en 10^o y 11^o grado de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	DEFINICIÓN	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
S O C I O D E M O G R Á F I C A	Conjunto de atributos relacionados con años de vida, distribución de género, nivel escolar y sector educativo que permiten caracterizar a los adolescentes escolarizados de 10 ^o y 11 ^o del municipio de Neiva.	Edad	Tiempo transcurrido en años de los adolescentes desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha de medición de la variable de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • 13 años • 14 años • 15 años • 16 años • 17 años • 18 años • 19 años 	1. Edad en años	<i>Ordinal</i>
		Género	Determinación de los adolescentes según el género.	Masculino. Femenino.	2. Género:	<i>Dicotómica</i>
		Nivel Educativo	Grado de escolaridad que se encuentran cursando los adolescentes.	*Décimo grado *Once grado (E.M.V) Educación Media Vocacional.	3. ¿Qué grado escolar se encuentra cursando usted actualmente?	<i>Dicotómica</i>
		Sector Educativo	Sector al que pertenecen las IE donde se encuentran estudiando los adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficial • No oficial 	4. La Institución Educativa a la cual usted pertenece es:	<i>Dicotómica</i>

C O N O C I M I E N T O S	Datos concretos que indican los adolescentes acerca de la definición del VIH/SIDA, la infección del virus, los factores de riesgo a la infección y las formas de prevención del VIH/SIDA.	Concepto del VIH/SIDA	Respuestas que dan los adolescentes acerca de la información general sobre el VIH/SIDA, como la definición de las siglas y el reconocimiento de la magnitud de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Virus de la inmunodeficiencia humana. - Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. - El SIDA es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que debilita el sistema inmunológico y no tiene cura. - El SIDA es una enfermedad que tiene múltiples vías de transmisión. - Las pruebas de laboratorio "Elisa" y "Western Blot" detectan el VIH en la sangre. - El SIDA se manifiesta aproximadamente entre los 5 y los 10 años después de la infección por VIH. - El VIH es un virus que ataca a todos los seres humanos. -El VIH/SIDA es una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla, pero no para curarla. -Las pruebas para la detección del VIH deben ser repetidas para mayor seguridad. 	5. ¿Qué significa la sigla del VIH? 6. ¿Qué significa la sigla del SIDA? 7. ¿Qué es el SIDA? 13. El SIDA se podría clasificar como una enfermedad: 15. Una de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH es: 16. ¿Al cuánto tiempo después de contraer el VIH se desarrolla la enfermedad del SIDA? 18. ¿Quiénes pueden ser infectados del VIH/SIDA? 21. El VIH/SIDA: 22. Al aplicarse una sola prueba de VIH/SIDA:	<i>Nominal</i>

		Formas de transmisión del VIH/SIDA	<p>Información que los adolescentes señalan en sus respuestas acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El VIH se puede transmitir al compartir agujas o jeringas y a través de transfusiones de sangre de personas infectadas. - Mediante la realización de tatuajes en el cuerpo se puede adquirir el VIH. -Una persona se puede infectar del VIH/SIDA principalmente al tener relaciones sexuales sin protección. - Una mujer con VIH/SIDA en estado de embarazo puede transmitir el VIH a su hijo. - A partir del momento de la infección, ya se es portador del virus y puede transmitirlo. .-Al adquirir VIH no se presentan síntomas inmediatamente. 	<p>9. El VIH se puede transmitir por:</p> <p>10. El VIH se puede adquirir:</p> <p>11. Un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es:</p> <p>17. El VIH puede ingresar al cuerpo de una persona sana a través de:</p> <p>19. El VIH lo puede transmitir:</p> <p>20. Una persona portadora del virus:</p>	<i>Nominal</i>
		Medidas de prevención a la infección del VIH/SIDA	<p>Respuestas dadas por los adolescentes acerca del conocimiento de las prácticas asociadas a la prevención de la transmisión o adquisición del VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el intercambio de fluidos (leche materna, semen, flujo vaginal, sangre) con otras personas es la forma más eficaz en la que se previene la transmisión de VIH. - Usar condón en todas las relaciones sexuales, es una forma efectiva de prevenir la transmisión de VIH. -Las medidas educativas son esenciales en la prevención del VIH. 	<p>8. ¿Cuál es la forma más eficaz para prevenir la transmisión del VIH/SIDA?</p> <p>12. Respecto al condón o preservativo en las relaciones sexuales:</p> <p>14. En la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por:</p>	<i>Nominal</i>

C R E N C I A S	Respuestas dadas por los adolescentes de manera escrita que indican las características perdurables respecto al VIH/SIDA que determinan su comportamiento y que han sido adquiridas a través de la socialización primaria.	Susceptibilidad percibida por los adolescentes sobre la probabilidad de contraer el VIH/SIDA	Respuestas señaladas por los adolescentes acerca de la percepción que tienen respecto a la vulnerabilidad o susceptibilidad que tienen ellos frente al riesgo de contraer la infección del VIH/SIDA.	-Todos los seres humanos pueden contraer el VIH/SIDA. -Tener relaciones sexuales con la pareja es un riesgo para contraer el VIH/SIDA. -El SIDA es una enfermedad que puede ser transmitida por comportamientos inadecuados de la sexualidad. -El VIH es un virus que ataca a cualquier ser humano.	24. Son pocas las posibilidades que tengo de adquirir el VIH/SIDA. 26. Estoy expuesto a contagiarme de VIH/SIDA cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja 29. Mi vida sexual esta relacionada con la posibilidad de adquirir VIH/SIDA 38. El VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a drogadictos, homosexuales y trabajadoras sexuales.	<i>Nominal</i>
		Severidad percibida por los adolescentes acerca de las consecuencias relacionadas con la enfermedad y con las dificultades que esta puede provocar.	Respuestas señaladas por los adolescentes acerca de su percepción sobre la gravedad de contraer la enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída, teniendo en cuenta sus consecuencias médico-clínicas y sociales.	- Al contraer el VIH/SIDA se frustran los proyectos de vida. -Un portador de VIH/SIDA puede ser identificado a simple vista. -La sociedad debe tener consideraciones especiales con una persona portadora del VIH.	30. Mis proyectos de vida se verían afectados si me dijeran que tengo VIH/SIDA 40. Una persona infectada de VIH/SIDA se reconoce a simple vista 43. Las personas que viven con VIH deben tener un trato especial dentro de la sociedad	<i>Nominal</i>
		Beneficios percibidos por los adolescentes relacionados con la adopción de	Respuestas que indican los adolescentes acerca de las percepciones que	- Tener una pareja sexual estable no garantiza que la persona no se pueda infectar del VIH/SIDA -Practicar la abstinencia	25. Tener una pareja sexual estable me protegería de contraer el VIH/SIDA 27. Abstenerme de tener	<i>Nominal</i>

		conductas preventivas frente a la transmisión del VIH/SIDA.	tienen con respecto a los beneficios que se obtienen al prevenir la infección del VIH/SIDA.	como método eficaz para contraer el VIH no es suficiente.	relaciones sexuales es necesario para evitar la enfermedad de VIH/SIDA	
		Claves para la acción consideradas por los adolescentes como desencadenantes para un determinado comportamiento	Respuestas que dan los adolescentes acerca de los estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones.	-Conocer acerca de la enfermedad de VIH/SIDA -El sudor, las lágrimas o la saliva no son agentes transmisores de la enfermedad. - El VIH y el SIDA con dos siglas que están relacionadas pero tienen un significado distinto. -Mantener relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de adquirir el VIH. -La realización de tatuajes o piercings aumenta el riesgo de contraer el VIH. -Al recibir una transfusión de sangre se corre riesgo de adquirir VIH. -Los hábitos de vida saludables no eximen a una persona de adquirir la enfermedad.	23. Conozco acerca del VIH/SIDA 28. El VIH/SIDA se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva 31. El VIH y el SIDA significan lo mismo 35. Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA. 37. Cuando una persona se realiza tatuajes o piercings está en riesgo de contraer el VIH 39. Las transfusiones de sangre son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA 44. Una persona que tiene hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, no fuma, no bebe, no consume sustancias psicoactivas) está libre de contraer el VIH.	<i>Nominal</i>
		Barreras percibidas por los	Respuestas dadas de manera	-Solicitar una prueba de VIH es una práctica	32. Exigir la prueba de VIH es una muestra de desconfianza	

		adolescentes con relación a la consideración negativa de una conducta saludable como inconveniente, costosa o displacentera.	escrita por los adolescentes que expliciten las barreras o las dificultades percibidas por ellos y que les impiden asumir conductas saludables frente al VIH/SIDA.	preventiva que no implica desconfianza. - Al usar preservativos se disminuye el placer y la sensibilidad en las relaciones sexuales. -La realización de las pruebas de laboratorio debe hacerse periódicamente. -El uso del condón como método para evitar la transmisión del VIH debe ser asumido por personas de ambos géneros. -El VIH/SIDA no se previene realizando un buen aseo genital. -Una relación estable que implique confianza no es garantía para evitar contraer el VIH.	hacia la persona 33. Usar condón disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales 34. Las pruebas para detectar el VIH/SIDA sólo se deben realizar cuando se considera que se ha estado en riesgo de infección 36. Comprar el condón y usarlo es responsabilidad sólo de los hombres 41 El VIH/SIDA se puede prevenir realizando un adecuado aseo genital 42. Cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar condón	
P R Á C T I C A S	Todas las respuestas que indican que los adolescentes tienen comportamientos encaminados a la prevención de la transmisión del VIH-SIDA.	Comportamientos propicios para la salud que los adolescentes realizan para disminuir el riesgo a la infección del VIH/SIDA	Respuestas dadas por los adolescentes donde indican que llevan a cabo conductas encaminadas a evitar la transmisión del VIH/SIDA.	-Buscar información acerca de la enfermedad. -Evitar la realización de tatuajes o piercings. -Acudir al doctor para chequeos médicos preventivos. -Evitar intercambiar objetos cortopunzantes de uso personal -Exigir la esterilización de los materiales usados en odontología.	45. Me informo o leo sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA 46. Me he realizado tatuajes o piercings 47. Me realizo chequeos médicos periódicamente 48. Intercambio objetos corto punzantes de uso personal (agujas, máquinas de afeitar) con otras personas 49. Cuando voy al odontólogo exijo que los instrumentos sean esterilizados	<i>Nominal</i>

<p style="text-align: center;">P R E V E N T I V A S</p>				<p>-Obtención de información acerca de la sexualidad con padres o profesores.</p> <p>-No compartir el cepillo de dientes con otras personas.</p> <p>-Abstenerse de consumir alcohol en las fiestas.</p> <p>-No consumir sustancias que alteren el comportamiento (alcohol, SPS).</p> <p>-Postergar el inicio temprano de la actividad sexual como factor preventivo de la transmisión.</p> <p>-Usar el condón en todas las relaciones sexo-coitales, orogenitales (contacto boca-genitales) y anorrectales.</p> <p>-Búsqueda de información acerca de la vida sexual de las personas con las que sostiene relaciones sexuales.</p> <p>-No tener actividad sexual con todas las parejas que se tienen.</p> <p>-Evitar la promiscuidad o de la infidelidad.</p> <p>-Exigir el uso del condón antes de cualquier tipo de relación sexual.</p> <p>-Evitar el consumo de</p>	<p>50. Hablo con mis padres o maestros acerca de sexualidad</p> <p>51. He compartido mi cepillo de dientes con personas de confianza</p> <p>52. Cuando estoy en fiestas consumo alcohol</p> <p>53. He consumido alguna vez sustancias psicoactivas</p> <p>54. He tenido relaciones sexuales</p> <p>55. Cuando tengo relaciones sexuales uso el condón</p> <p>56. Indago sobre el pasado sexual de la persona con quien voy a sostener relaciones sexuales</p> <p>57. Cada vez que tengo novio(a) tengo relaciones sexuales con él o ella</p> <p>58. Cuando tengo novio(a) suelo tener relaciones sexuales con otras personas</p> <p>59. Antes de una relación</p>	
---	--	--	--	---	---	--

				<p>sustancias psicoactivas.</p> <p>-Al tener relaciones sexuales me siento vulnerable a contraer el VIH/SIDA.</p> <p>-Uso adecuado del condón.</p> <p>-Mantener relaciones sexuales cuando la pareja es estable.</p> <p>-Comprar condón y portarlo en todo momento</p>	<p>sexual exijo el uso del condón</p> <p>60. Tengo relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros)</p> <p>61. Cuando tengo relaciones sexuales con alguien pienso que me pueden transmitir el VIH</p> <p>62. Cuando uso condón me aseguro que haya quedado bien puesto</p> <p>63. Mis encuentros sexuales son con personas con quienes tengo un vínculo afectivo (noviazgo) estable</p> <p>64. Cuando voy a tener una relación sexual yo compro el condón</p>	
--	--	--	--	--	---	--

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La proliferación de investigaciones con seres humanos, especialmente en las ciencias de la salud, ha generado diversas preocupaciones y controversias en materia de ética acerca de la protección de los derechos de los participantes; tales derechos deben garantizarse por medio de la adopción de conductas éticas por parte de los investigadores durante el proceso investigativo⁸⁸.

En el desarrollo de las investigaciones científicas deben tener prioridad los intereses humanos más que los académicos, se le debe prestar especial atención a los participantes como sujetos de derecho y como principales poseedores y constructores del conocimiento gracias a sus interrelaciones, su psiquis y su comportamiento.

Fue imprescindible que durante el proceso investigativo, los sujetos participantes se sintieran como autores del mismo, y no como objetos; esto se logró, haciéndoles saber con claridad los objetivos y propósitos de la investigación, así como los beneficios sociales y personales que ésta conlleva, pues además de ayudar a construir conocimiento, la participación en la investigación les permitiría a los sujetos hacer una reflexión sobre sí mismos, un auto-examen y una introspección que les aporta al mejoramiento de su calidad de vida.

Las investigadoras del estudio **“CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 10º Y 11º DEL MUNICIPIO DE NEIVA”** son conscientes de la responsabilidad ética y académica, además de legal, que conlleva la realización de dicha investigación. Por lo cual se tiene como base el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo

⁸⁸ DENISE F. POLIT, Ph D.; BERNADETTE P. HUNGLER, Ph D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y métodos. Mc Graw Hill Interamericana, Sexta Edición, 2000.

dictado por el Congreso de Colombia en la Ley 1090 de 2006 (miércoles 6 de septiembre) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología; y según éste, la presente investigación adoptó los principios éticos de respeto y dignidad para la realización de la misma. Por lo tanto, las investigadoras se vieron en la obligación de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes durante el tiempo que duró el proceso investigativo⁸⁹.

Según la RESOLUCIÓN No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia (4 de octubre de 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; este trabajo investigativo se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que es de carácter retrospectivo, en el que no se realizó ninguna intervención o modificación de conducta; por lo cual, se garantiza que en ningún momento se atentó contra la integridad de los estudiantes participantes, y que el instrumento de recolección de datos (cuestionario) no les causó problemas físicos ni psicológicos, asegurando así su protección⁹⁰.

Además, este trabajo de investigación fue estudiado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, el cual realizó algunas observaciones y sugerencias que fueron debidamente recibidas y adecuadas al trabajo con el fin de cumplir a cabalidad con los requisitos exigidos y no entorpecer los procedimientos investigativos para así obtener resultados precisos.

Para acceder a las Instituciones Educativas se diligenció una carta donde se presentó la Investigación y se solicitó la colaboración respectiva, asegurándoles que la información proporcionada no será utilizada contra los sujetos de estudio, y que sólo será utilizada para cumplir los objetivos de la investigación.

⁸⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. Diario oficial. Edición no.46.383.

⁹⁰ MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993.

Dentro de los aspectos éticos tenidos en cuenta, se encuentran la autonomía de los encuestados, la privacidad y la confidencialidad de la información. La autonomía hace referencia a la decisión libre de participar y contestar voluntariamente el cuestionario, sin recurrir al engaño y sin ofrecer dinero o pago en especie a cambio de su colaboración⁹¹. Esta decisión la tomaron los estudiantes participantes, luego de recibir la información adecuada, dada por las investigadoras en presencia de los directivos del colegio, quienes explicaron claramente las características y los objetivos de la investigación en términos fáciles de entender; se leyó el cuestionario y se explicaron paso por paso las instrucciones para la solución del cuestionario especificando el tipo de datos que se solicitaban. Después de que los estudiantes aprobaron su participación, se procedió a firmar el Consentimiento Informado, por parte de ellos mismos; donde demostraron el gusto y la voluntad de colaborar con la investigación.

Además, los estudiantes participantes también se enteraron de las características del estudio, de los costos y los beneficios, de la libertad que tenían de retirarse en cualquier momento y se les aseguró que sus datos personales no serían revelados, pues el cuestionario es anónimo; lo que permitió mantener la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad del estudiante y de la Institución Educativa a partir del uso de códigos que sustituyen la identificación personal e institucional.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en las respectivas Instituciones, fijando el día y la hora en común acuerdo con los directivos; al momento de la aplicación se procuró un ambiente libre de ruidos y distractores, la presencia del docente encargado y que los estudiantes participantes se encontraran relajados y sin estrés.

También se garantiza que los datos o resultados de esta investigación no han sido alterados ni falsificados, que se presentaron de forma precisa y coherente, y se

⁹¹ ARDILA, Rubén, Ph D. Jefe Comité del Código ético del Psicólogo, Código ético del psicólogo. Bogotá-Colombia, 2000.

mantuvo el rigor metodológico de toda investigación científica durante su tabulación. Asimismo, los participantes e Instituciones involucradas en la investigación tuvieron acceso a la publicación de los resultados y las conclusiones sobre el tema trabajado.

En general este estudio tiene como objetivo fundamental proporcionar una descripción real de la situación en materia de conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA en adolescentes escolarizados del municipio de Neiva, la cual concluyó con la presentación de algunas recomendaciones y sugerencias para crear propuestas preventivas con miras a disminuir los riesgos de infección en esta población y a mejorar la calidad de vida de los adolescentes en el municipio; por ello, las autoras de esta investigación garantizan el respeto de los derechos y la dignidad de las personas participantes. Además, es importante mencionar que este tipo de trabajos ayuda a generar simpatía y sentimientos de colaboración frente a nuevas investigaciones, en lugar de generar ambientes de apatía y desconfianza para futuros estudios.

8. RESULTADOS

8.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Después de aplicado el instrumento a los estudiantes de 10º y 11º grado de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva, se obtuvo un total de 368 estudiantes encuestados de los cuales 224 eran de I.E. oficiales y 144 de I.E. no oficiales.

8.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

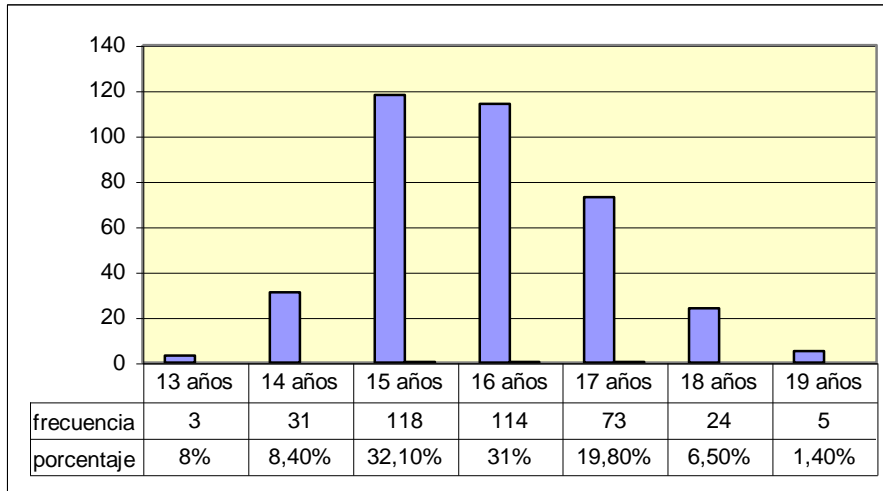
Se realizo como una sección de información general que proporciono información importante y relevante para el análisis de los resultados de esta investigación.

N	Válidos	368
	Perdidos	0

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad

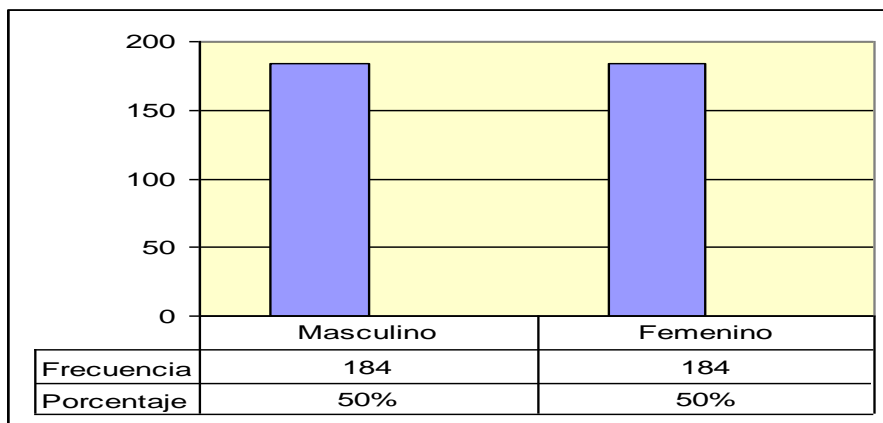
		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13 AÑOS	3	,8	,8	,8
	14 AÑOS	31	8,4	8,4	9,2
	15 AÑOS	118	32,1	32,1	41,3
	16 AÑOS	114	31,0	31,0	72,3
	17 AÑOS	73	19,8	19,8	92,1
	18 AÑOS	24	6,5	6,5	98,6
	19 AÑOS	5	1,4	1,4	100,0
	Total	368	100,0	100,0	

Gráfico 1. Distribución de la muestra por edad



En el **Gráfico 1**, se observa que entre los encuestados hay una mayor prevalencia de estudiantes de 15 años en un 32,10%; muy seguido por el grupo de 16 años representados en un 31% y los estudiantes de 17 años con un 19,80%; mientras que los de 13 y 19 años tienen muy poca representación con un 8% y un 1,40% respectivamente. Los estudiantes de 14 años tienen un 8,40% y los de 18 años un 6,50% de representación en esta investigación.

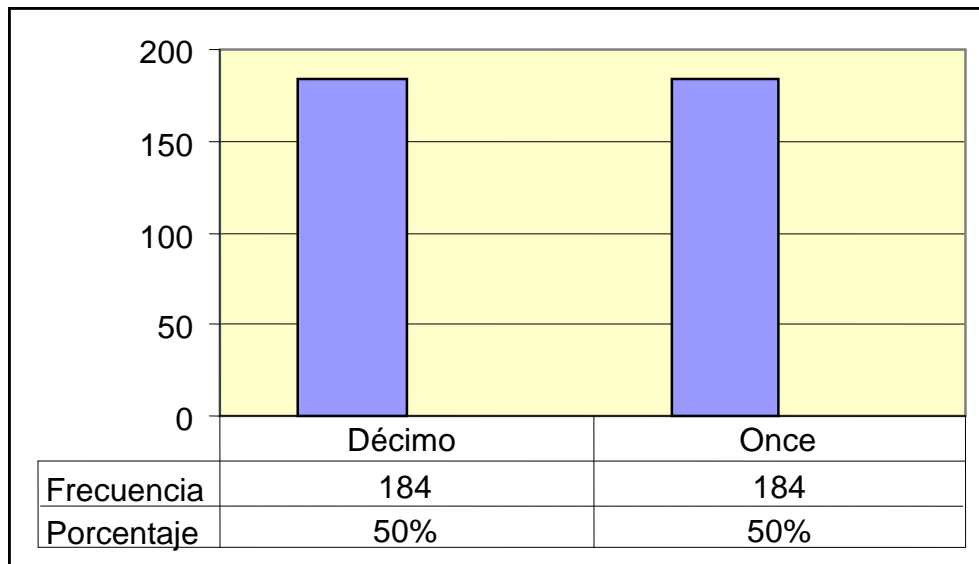
Gráfico 2. Distribución de la muestra por género



Del total de la muestra conformada por 368 estudiantes de los grados 10^o y 11^o de diferentes Instituciones Educativas oficiales y no oficiales de la ciudad de

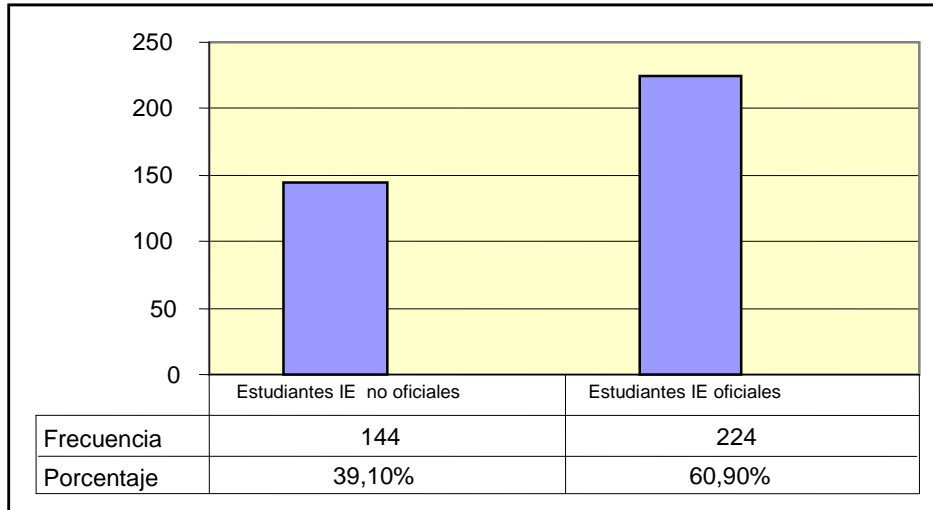
Neiva, se tomaron igual cantidad de hombres y de mujeres para que los resultados fueran más representativos, es decir, se encuestaron 184 mujeres y 184 hombres lo que equivale a que un 50% de la muestra son de género masculino y un 50% son de género femenino.

Gráfico 3. Distribución de la muestra por grado escolar



En el **Gráfico 3** se observa una muestra equitativa con relación al número de estudiantes por grado escolar; pues se encuestaron 184 estudiantes del grado décimo lo que equivale a un 50% y 184 del grado once representados igualmente con un 50%.

Gráfico 4. Distribución de la muestra por Institución Educativa



En el gráfico anterior se observa que un total de 144 estudiantes encuestados pertenecen a IE no oficiales, es decir un 39,10%; y el porcentaje restante, 60,90%, de los estudiantes pertenecen a IE oficiales; es decir, un total de 224 estudiantes.

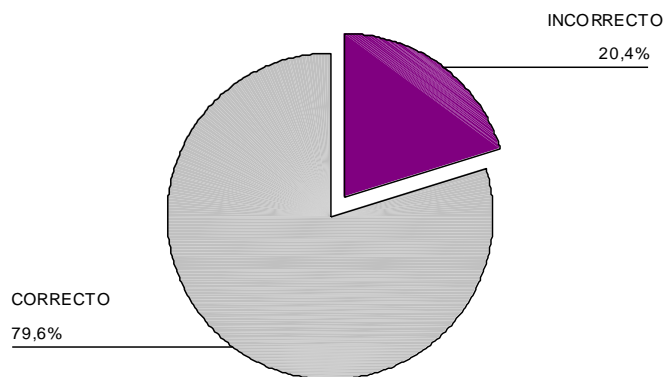
8.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO PARA LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH/SIDA.

8.3.1 Distribución de la muestra por conocimientos del VIH/SIDA

Tabla 2. La sigla del VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	75	20,4
	CORRECTO	293	79,6
	Total	368	100,0

Gráfico 5. La sigla del VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana

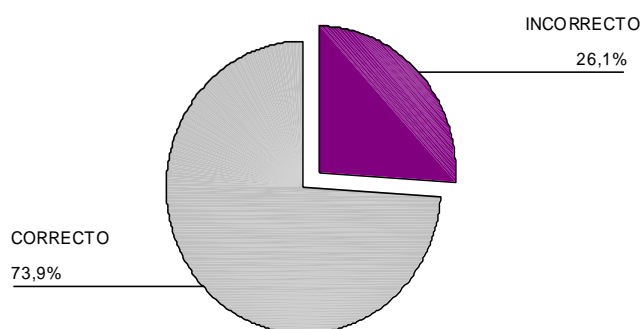


En este gráfico se observa claramente que un alto porcentaje de los estudiantes, un 79,6%, tiene claro lo que significa la sigla VIH pues contestaron correctamente a esta pregunta y un 20,4% no saben lo que esta sigla significa, es decir que contestaron incorrectamente.

Tabla 3. La sigla del SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	96	26,1
	CORRECTO	272	73,9
	Total	368	100,0

Gráfico 6. La sigla del SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

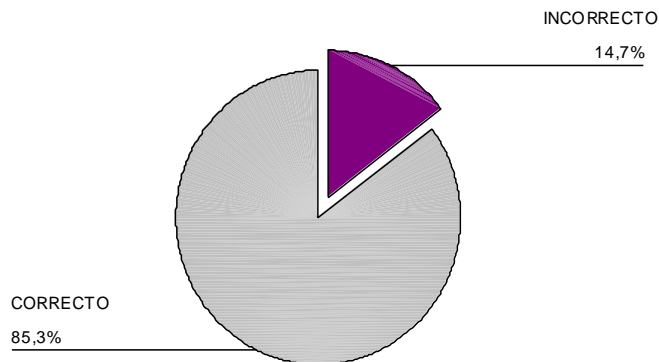


También es claro que la mayoría de los estudiantes conocen lo que significa la sigla SIDA, pues un 73,9% contestó correctamente esta pregunta; sin embargo un 26,1% no la identifica, por lo que contestaron incorrectamente esta pregunta.

Tabla 4. El SIDA es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y no tiene cura

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	54	14,7
	CORRECTO	314	85,3
	Total	368	100,0

Gráfico 7. El SIDA es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y no tiene cura

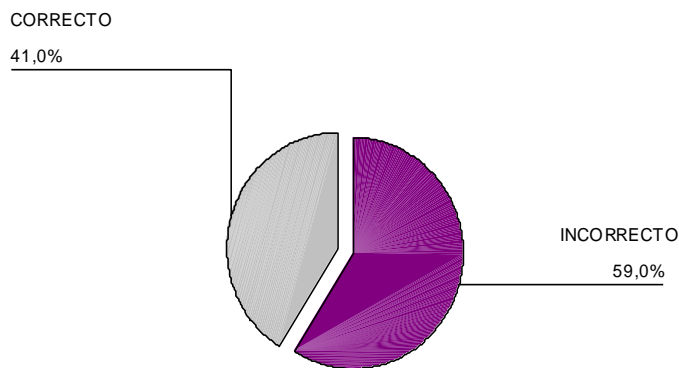


Un alto porcentaje de estudiantes encuestados, es decir un 85,3%, conoce que el SIDA es una enfermedad de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y que además no tiene cura, esto se reflejó en que contestaron correctamente a esta pregunta; mientras que un 14,7% de los estudiantes encuestados contestó incorrectamente.

Tabla 5. La forma más eficaz para prevenir la transmisión del VIH/SIDA es evitar el intercambio de fluidos (leche materna, semen, flujo vaginal, sangre) con otras personas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	217	59,0
	CORRECTO	151	41,0
	Total	368	100,0

Gráfico 8. La forma más eficaz para prevenir la transmisión del VIH/SIDA es evitar el intercambio de fluidos (leche materna, semen, flujo vaginal, sangre) con otras personas

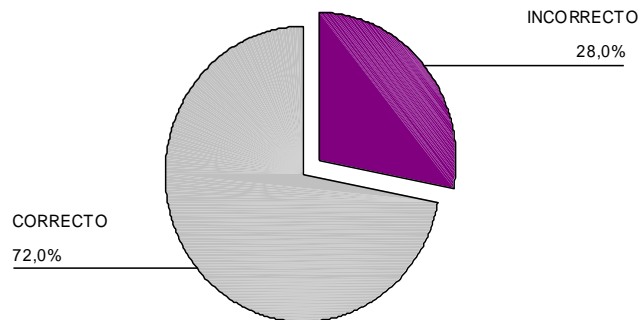


En el **Gráfico 8** se puede ver como la mayoría de estudiantes, con un 59%, contestó incorrectamente esta pregunta; mientras que la minoría, representada en un 41%, acertó.

Tabla 6. El VIH se puede transmitir por transfusiones de sangre y reutilización de agujas o jeringas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	103	28,0
	CORRECTO	265	72,0
	Total	368	100,0

Gráfico 9. El VIH se puede transmitir por transfusiones de sangre y reutilización de agujas o jeringas

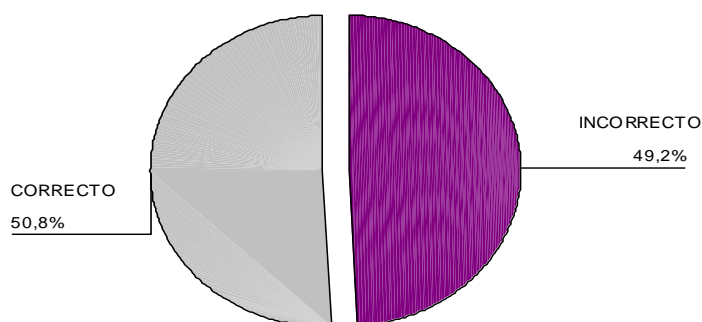


La **Tabla 6** y el **Gráfico 9** muestran claramente que un alto porcentaje de estudiantes, es decir un 72% conoce acerca de cómo se puede transmitir esta enfermedad, mientras un 28% no lo sabe, pues contestaron incorrectamente.

Tabla 7. El VIH/SIDA se puede adquirir al realizarse tatuajes en el cuerpo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	181	49,2
	CORRECTO	187	50,8
	Total	368	100,0

Gráfico 10. El VIH/SIDA se puede adquirir al realizarse tatuajes en el cuerpo

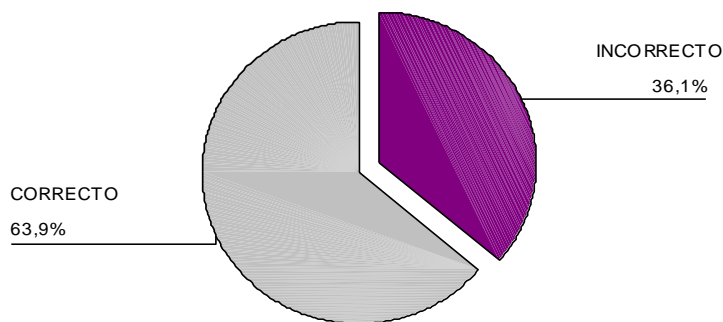


En el **Gráfico 10** se observa que existen puntuaciones muy similares entre los adolescentes que acertaron la respuesta 50.8% correspondiente a 187 individuos y los que no 49.2% que representa a 181 estudiantes.

Tabla 8. Un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es tener relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	133	36,1
	CORRECTO	235	63,9
Total		368	100,0

Gráfico 11. Un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es tener relaciones sexuales

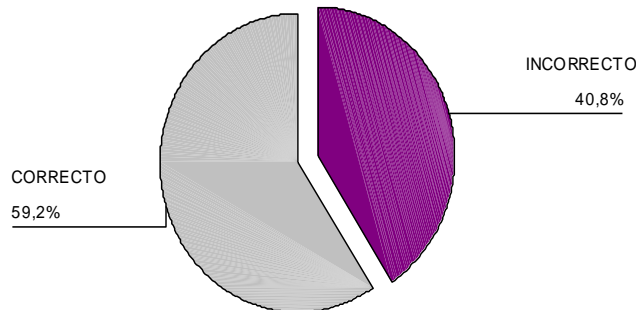


En la **Tabla 8** y el **Gráfico 11** se logra observar que de los 368 estudiantes encuestados, 235 de ellos representados con el 63,9%, contestaron correctamente a esta pregunta, mientras que 133 estudiantes, es decir el 36,1%, la contestaron incorrectamente.

Tabla 9. Respecto al condón o preservativo en las relaciones sexuales se considera que es una protección efectiva contra el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	150	40,8
	CORRECTO	218	59,2
Total		368	100,0

Gráfico 12. Respecto al condón o preservativo en las relaciones sexuales se considera que es una protección efectiva contra el VIH/SIDA

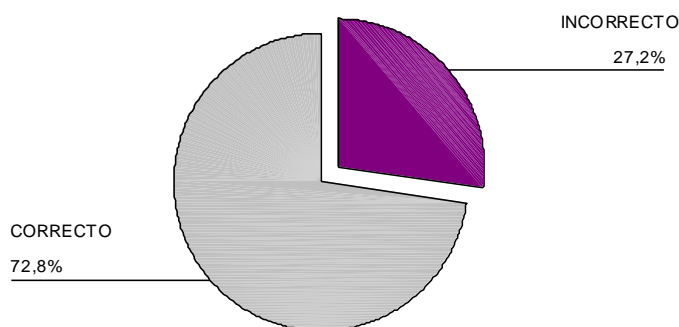


En el **Gráfico 12** se puede observar que respecto a la efectividad del condón para brindar protección contra el VIH/SIDA, el 59,2% de los estudiantes contestó correctamente, mientras el 40,8% erró en su respuesta.

Tabla 10. El SIDA se podría clasificar como una enfermedad con múltiples vías de transmisión

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	100	27,2
	CORRECTO	268	72,8
Total		368	100,0

Gráfico 13. El SIDA se podría clasificar como una enfermedad con múltiples vías de transmisión

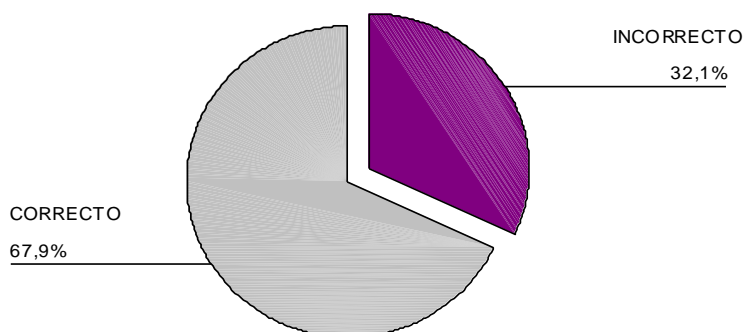


Un alto porcentaje de los estudiantes encuestados, el 72,8%, contestó correctamente a esta pregunta; mientras que el 27,2% contestó incorrectamente.

Tabla 11. En la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por medidas educativas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	118	32,1
	CORRECTO	250	67,9
	Total	368	100,0

Gráfico 14. En la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por medidas educativas

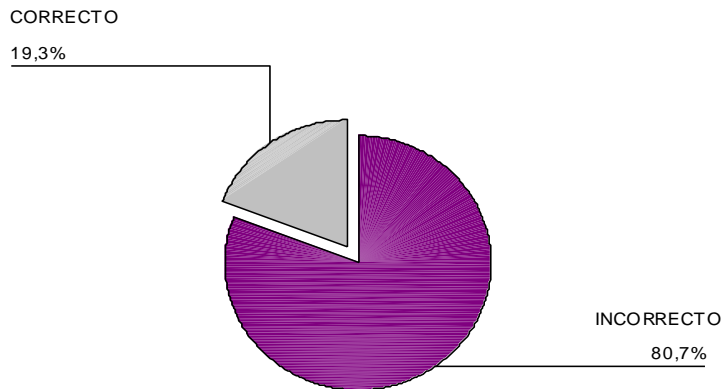


En el **Gráfico 14** se ilustra que 250 de los estudiantes encuestados contestaron correctamente a esta pregunta, mientras que 118 contestaron incorrectamente. En otros términos, se muestra que el 67,9% de la población conoce que en la actualidad la prevención a la infección del virus del SIDA es por medidas educativas; y el restante 32,1% no lo conoce.

Tabla 12. Una de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH es ELISA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	297	80,7
	CORRECTO	71	19,3
	Total	368	100,0

Gráfico 15. Una de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH es ELISA

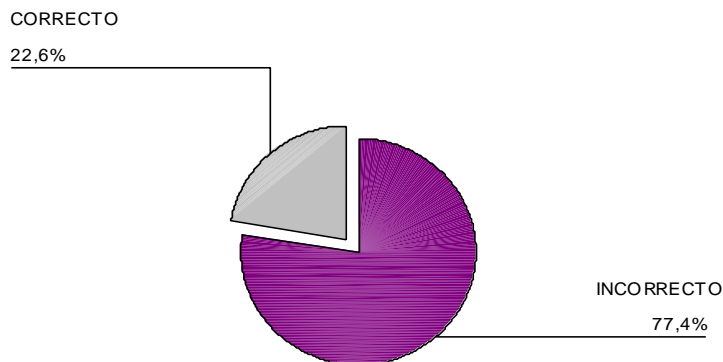


En este gráfico se observa que tan sólo el 19,3% de los estudiantes encuestados conoce la prueba de laboratorio ELISA para detectar el VIH, mientras que una gran mayoría como es el 80,7% no la conoce. De 368 estudiantes encuestados tan sólo 71 saben que ELISA es una prueba de laboratorio que detecta el VIH.

Tabla 13. Algunos años después de contraer el VIH se desarrolla la enfermedad del SIDA

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos INCORRECTO	285	77,4
CORRECTO	83	22,6
Total	368	100,0

Gráfico 16. Algunos años después de contraer el VIH se desarrolla la enfermedad del SIDA

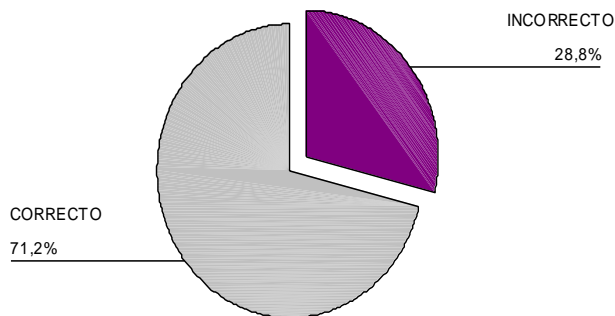


En esta oportunidad, un alto porcentaje de estudiantes contestó de manera errónea a esta pregunta; pues un 77,4% no sabe que la enfermedad del SIDA se desarrolla algunos años después de contraer el virus; y tan sólo un 22,6% de los encuestados contestaron acertadamente.

Tabla 14. El VIH puede ingresar en el cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	106	28,8
	CORRECTO	262	71,2
	Total	368	100,0

Gráfico 17. El VIH puede ingresar en el cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación

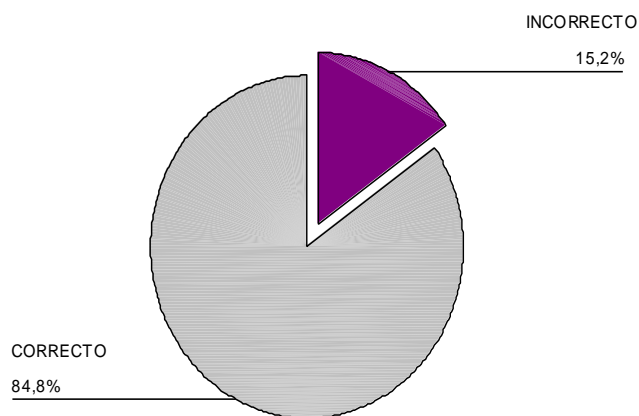


En el **Gráfico 17** se ilustra que la gran mayoría de estudiantes conoce que el VIH puede ingresar al cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación; pues el 71,2% contestó correctamente esta pregunta. Sin embargo, el 28,8% respondió de manera errónea.

Tabla 15. Cualquier ser humano puede ser infectado del VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	56	15,2
	CORRECTO	312	84,8
	Total	368	100,0

Gráfico 18. Cualquier ser humano puede ser infectado del VIH/SIDA

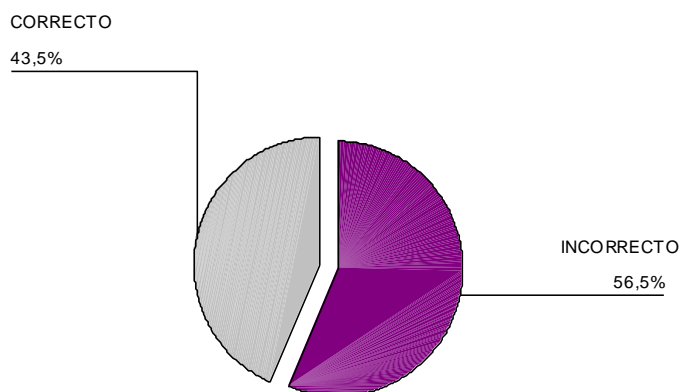


Del total de los estudiantes encuestados, un 84,8% conoce que cualquier ser humano es susceptible de contraer el virus; sin embargo, un 15,2% contestó erróneamente a esta pregunta.

Tabla 16. El VIH/SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga VIH

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	208	56,5
	CORRECTO	160	43,5
	Total	368	100,0

Gráfico 19. El VIH/SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga VIH

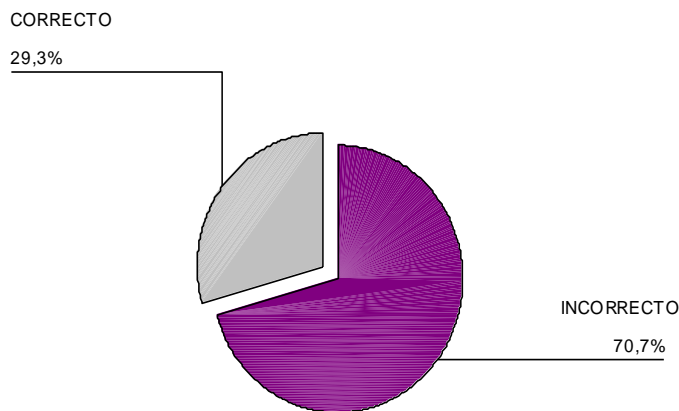


En este **Gráfico 19** se puede observar que no existe una gran diferencia entre quienes contestaron correcta e incorrectamente esta pregunta; pues un 56,5% de los estudiantes conoce que el SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga el virus y el 43,5% no lo reconoce, pues contestaron equivocadamente.

Tabla 17. Una persona portadora del virus no presenta síntomas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	260	70,7
	CORRECTO	108	29,3
	Total	368	100,0

Gráfico 20. Una persona portadora del virus no presenta síntomas

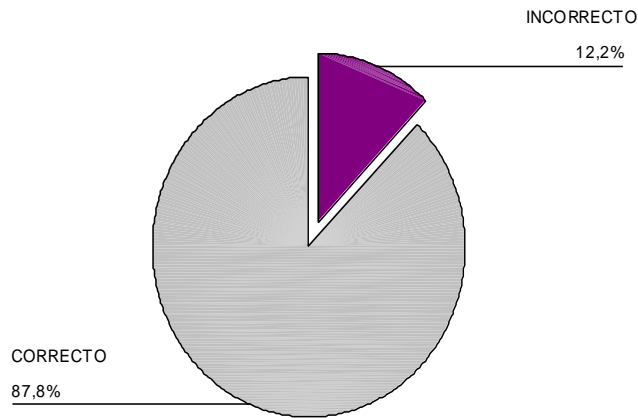


Un alto porcentaje de los estudiantes encuestados no tiene claro que en muchas ocasiones una persona portadora del virus no presenta síntomas después del contagio por VIH, pues un 70,7% de ellos contestó incorrectamente a esta pregunta y tan sólo el 29,3% lo hizo correctamente.

Tabla 18. El VIH/SIDA no tiene cura

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	45	12,2
	CORRECTO	323	87,8
	Total	368	100,0

Gráfico 21. El VIH/SIDA no tiene cura

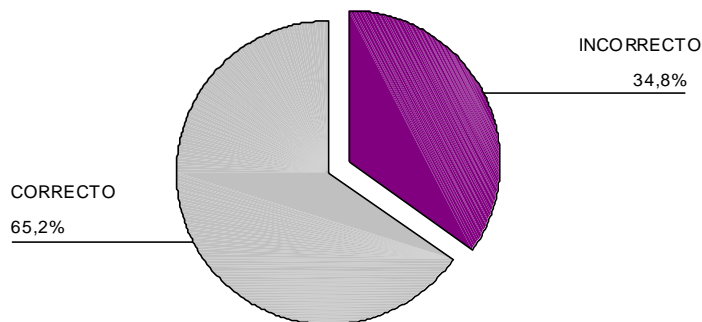


En el **Gráfico 21** se puede observar que aún existe un porcentaje, que no sabe que el SIDA es una enfermedad que no tiene cura; pues aunque el 87,8% de los encuestados sí tienen conocimiento de esto, el 12,2% contestó erróneamente.

Tabla 19. Al aplicarse una sola prueba de VIH/SIDA los resultados no son totalmente confiables y debe repetirse

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INCORRECTO	128	34,8
	CORRECTO	240	65,2
	Total	368	100,0

Gráfico 22. Al aplicarse una sola prueba de VIH/SIDA los resultados no son totalmente confiables y debe repetirse



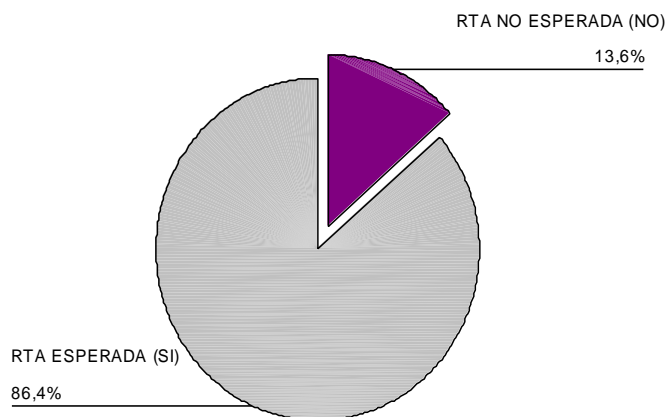
Aunque un 65,2% de los adolescentes conoce que no es suficiente una sola prueba de VIH/SIDA para detectar el virus; existe un porcentaje significativo de estudiantes, el 34,8%, que no tiene esto claro pues su respuesta fue incorrecta.

8.3.2 Distribución de la muestra por creencias del VIH/SIDA

Tabla 20. Conozco acerca del VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	50	13,6
	RTA ESPERADA (SI)	318	86,4
Total		368	100,0

Gráfico 23. Conozco acerca del VIH/SIDA

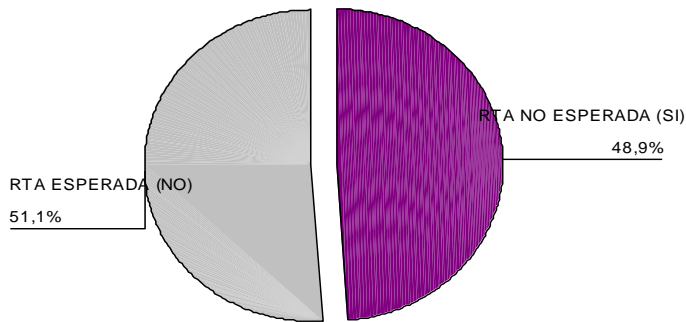


En el **Gráfico 23** se observa que un alto porcentaje de los encuestados asegura conocer acerca del VIH/SIDA, pues así lo expresó un 86,4% de ellos; mientras el 13,6% manifestó no tener conocimiento acerca de la enfermedad.

Tabla 21. Son pocas las posibilidades que tengo de adquirir el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	180	48,9
	RTA ESPERADA (NO)	188	51,1
Total		368	100,0

Gráfico 24. Son pocas las posibilidades que tengo de adquirir el VIH/SIDA

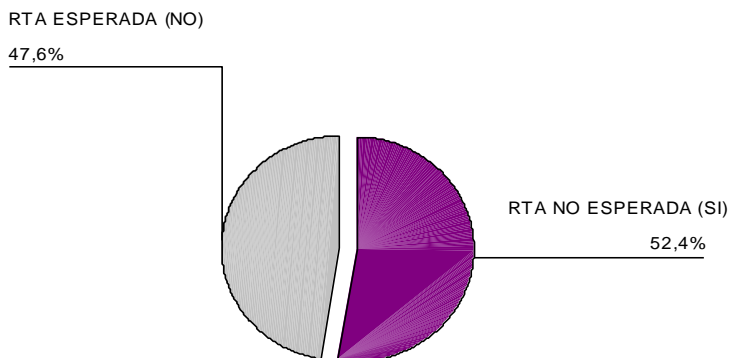


En este caso se puede observar que es muy poca la diferencia entre quienes contestaron SI y quienes contestaron NO, pues el 48,9% manifestó que son pocas las posibilidades que tienen de contraer el virus, respuesta que no se esperaba, mientras que el 51,1% no estuvo de acuerdo con esto.

Tabla 22. Tener una pareja sexual estable me protegería de contraer el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	193	52,4
	RTA ESPERADA (NO)	175	47,6
	Total	368	100,0

Gráfico 25. Tener una pareja sexual estable me protegería de contraer el VIH/SIDA

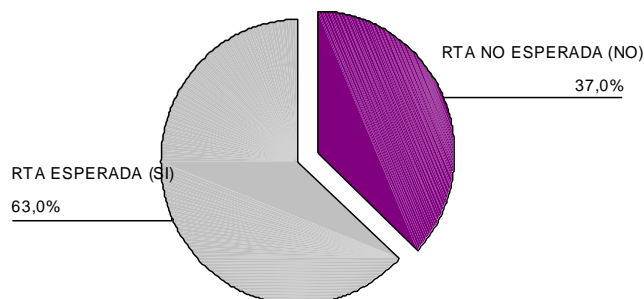


En este gráfico se puede observar que la diferencia es muy poca entre quienes contestaron SI 47,6% 175 estudiantes y quienes contestaron NO 52,4% 193 individuos.

Tabla 23. Estoy expuesto a contagiarme de VIH/SIDA cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	136	37,0
	RTA ESPERADA (SI)	232	63,0
Total		368	100,0

Gráfico 26. Estoy expuesto a contagiarme de VIH/SIDA cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja

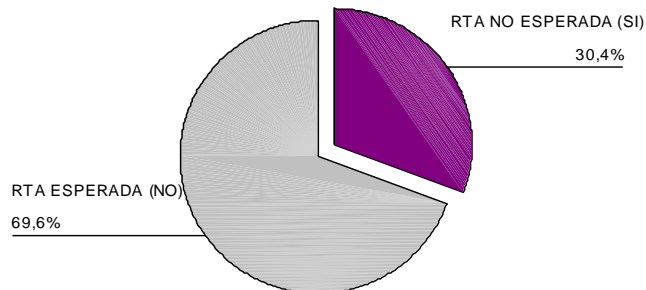


El 63% de los estudiantes encuestados estuvo de acuerdo que al tener relaciones sexuales se exponen a contagiarse del virus, mientras que el 37% aseguró lo contrario, pues contestaron NO a esta pregunta.

Tabla 24. Abstenerme de tener relaciones sexuales es necesario para evitar la enfermedad del VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	112	30,4
	RTA ESPERADA (NO)	256	69,6
Total		368	100,0

Gráfico 27. Abstenerme de tener relaciones sexuales es necesario para evitar la enfermedad del VIH/SIDA

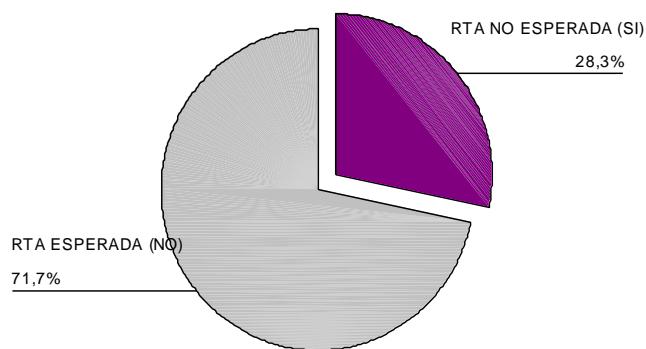


El **Gráfico 27** muestra que el 69,6% de los adolescentes contestó NO y el 30,4% aseguró estar de acuerdo en que sí es necesario abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar contraer la enfermedad.

Tabla 25. El VIH/SIDA se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	104	28,3
	RTA ESPERADA (NO)	264	71,7
	Total	368	100,0

Gráfico 28. El VIH/SIDA se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva

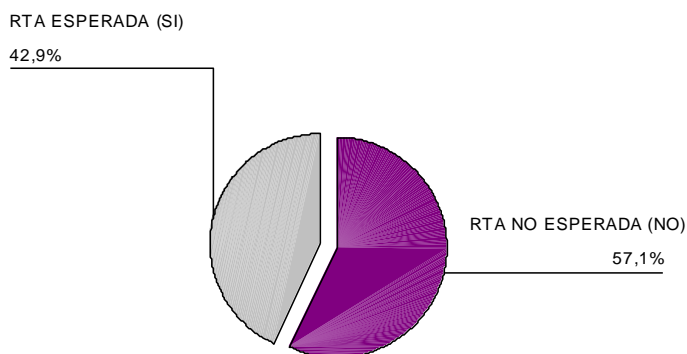


En esta pregunta un alto porcentaje de estudiantes señaló la respuesta que se esperaba el 71,7%; sin embargo el 28,3% estuvo de acuerdo en que el virus sí se puede transmitir por estos medios.

Tabla 26. Mi vida sexual está relacionada con la posibilidad de adquirir VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	210	57,1
	RTA ESPERADA (SI)	158	42,9
	Total	368	100,0

Gráfico 29. Mi vida sexual está relacionada con la posibilidad de adquirir VIH/SIDA

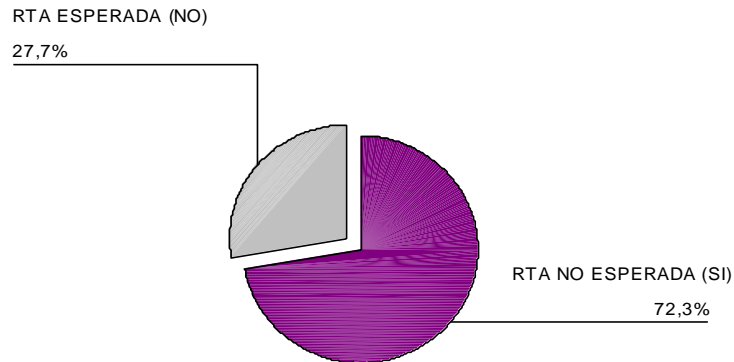


En el **Gráfico 29** se observa que los porcentajes estuvieron muy similares; pues aunque en esta pregunta la respuesta esperada era SI, sólo un 42,9% de ellos así lo expresó y la mayoría de ellos contestó que NO, es decir, un 57,1%.

Tabla 27. Mis proyectos se verían afectados si me dijeran que tengo VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	266	72,3
	RTA ESPERADA (NO)	102	27,7
	Total	368	100,0

Gráfico 30. Mis proyectos se verían afectados si me dijeran que tengo VIH/SIDA

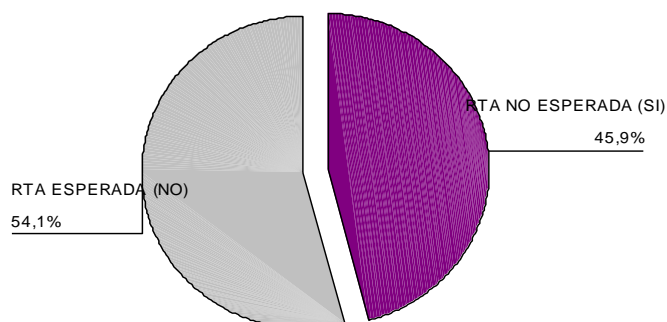


En esta pregunta se esperaba que los estudiantes contestaran NO, pero al observar el **Gráfico 30** es notable que un alto porcentaje de los encuestados cree que su vida y sus proyectos SI se afectarían por el hecho de contraer esta enfermedad, pues así lo expresó el 72,3% de ellos; sin embargo el 27,7% de los estudiantes no está de acuerdo con esto.

Tabla 28. El VIH y el SIDA significan lo mismo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	169	45,9
	RTA ESPERADA (NO)	199	54,1
	Total	368	100,0

Gráfico 31. El VIH y el SIDA significan lo mismo

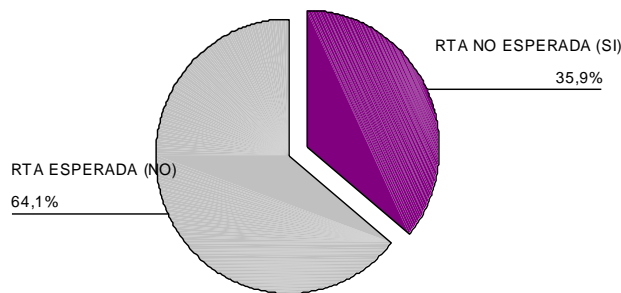


En el **Gráfico 31** se puede observar que los porcentajes son muy similares, el 54,1%, asegura que estos términos poseen significados diferentes, mientras que el 45,9% los consideran iguales.

Tabla 29. Exigir la prueba de VIH es una muestra de desconfianza hacia la persona

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	132	35,9
	RTA ESPERADA (NO)	236	64,1
	Total	368	100,0

Gráfico 32. Exigir la prueba de VIH es una muestra de desconfianza hacia la persona

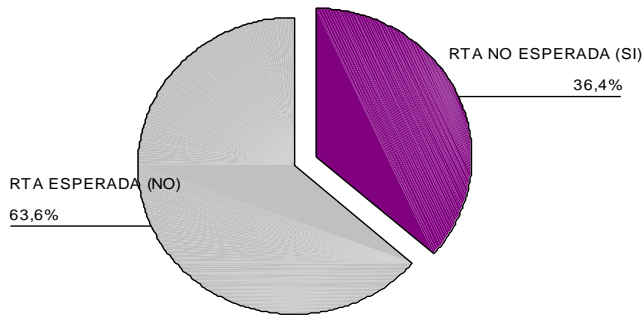


El 64,1% de los estudiantes consideró que exigir la prueba de detección del VIH no es una muestra de desconfianza hacia la pareja, en este caso la mayoría dio la respuesta esperada; sin embargo el restante 35,9% consideró que sí lo es. Lo anterior se ve ilustrado claramente en el **Gráfico 32**.

Tabla 30. Usar condón disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	134	36,4
	RTA ESPERADA (NO)	234	63,6
	Total	368	100,0

Gráfico 33. Usar condón disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales

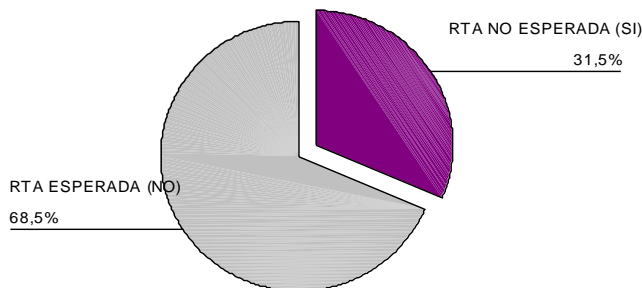


Un 63,6% de los adolescentes dio la respuesta esperada; sin embargo un 36,4% dio la respuesta no esperada afirmando que sí se disminuye el placer al usar preservativo.

Tabla 31. Las pruebas para detectar el VIH/SIDA sólo se deben realizar cuando se considera que se ha estado en riesgo de infección

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	116	31,5
	RTA ESPERADA (NO)	252	68,5
	Total	368	100,0

Gráfico 34. Las pruebas para detectar el VIH/SIDA sólo se deben realizar cuando se considera que se ha estado en riesgo de infección

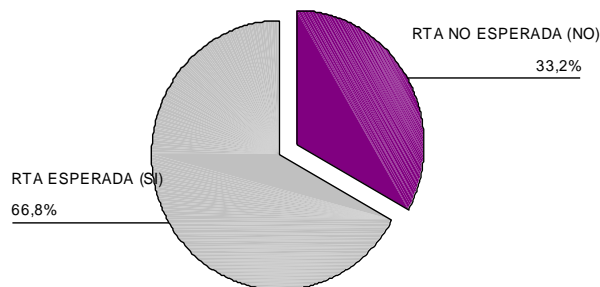


El 68,5% dio la respuesta esperada, mientras que el 31,5% dio la respuesta no esperada, es decir que las pruebas para el VIH se deben hacer en cualquier momento.

Tabla 32. Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	122	33,2
	RTA ESPERADA (SI)	246	66,8
	Total	368	100,0

Gráfico 35. Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA

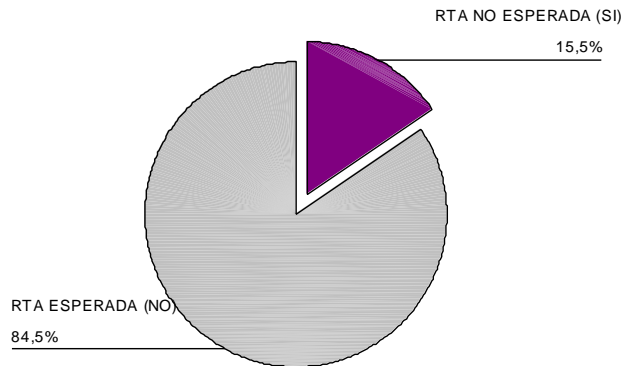


La mayoría de los estudiantes el 66,8% contestó SI a esta pregunta, mientras el porcentaje restante 33,2% contestó que NO se aumenta el riesgo.

Tabla 33. Comprar el condón y usarlo es responsabilidad sólo de los hombres

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	57	15,5
	RTA ESPERADA (NO)	311	84,5
	Total	368	100,0

Gráfico 36. Comprar el condón y usarlo es responsabilidad sólo de los hombres

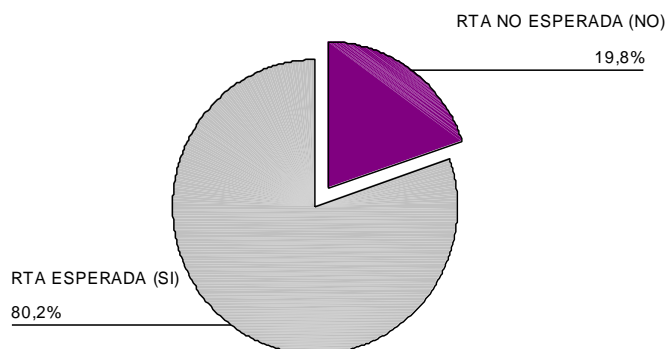


Es importante resaltar que la mayoría de los estudiantes tiene claro que comprar y usar condón es responsabilidad de la pareja y no sólo de los hombres, pues un 84,5% así lo afirmó al contestar NO en esta pregunta, mientras que el 15,5% no estuvo de acuerdo con lo anterior.

Tabla 34. Cuando una persona se realiza tatuajes o piercings está en riesgo de contraer el VIH

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	73	19,8
	RTA ESPERADA (SI)	295	80,2
Total		368	100,0

Gráfico 37. Cuando una persona se realiza tatuajes o piercings está en riesgo de contraer el VIH

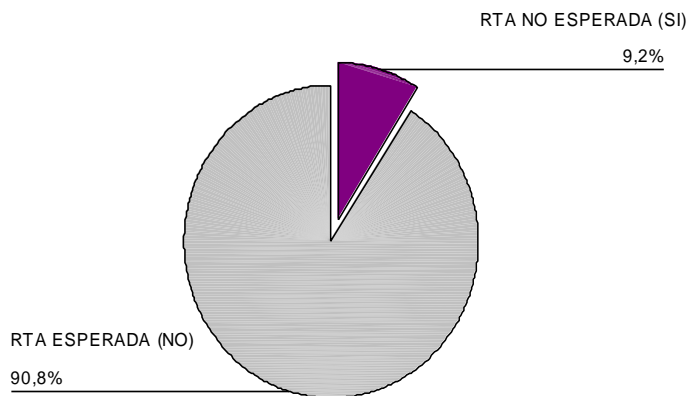


El 80,2% de los estudiantes contestaron SI, mientras el 19,8% contestaron que realizarse tatuajes o piercings no es un riesgo para contraer VIH .

Tabla 35. El VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a los drogadictos, homosexuales y trabajadoras sexuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	34	9,2
	RTA ESPERADA (NO)	334	90,8
	Total	368	100,0

Gráfico 38. El VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a los drogadictos, homosexuales y trabajadoras sexuales

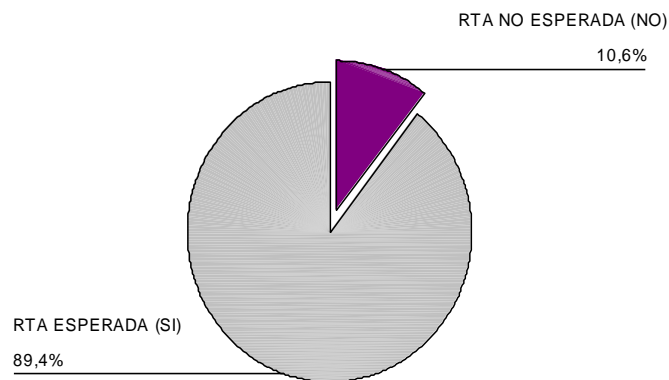


La gran mayoría de los encuestados sabe que el SIDA es una enfermedad que puede darle a cualquier ser humano, pues el 90,8% así lo afirmó, mientras el restante 9,2% contestó que es propio de un grupo social.

Tabla 36. Las transfusiones de sangre son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	39	10,6
	RTA ESPERADA (SI)	329	89,4
	Total	368	100,0

Gráfico 39. Las transfusiones de sangre son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA

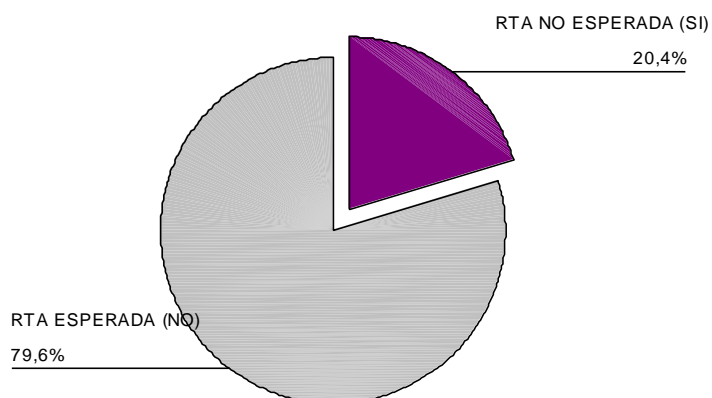


Este gráfico muestra que el 89,4% de la población dio la respuesta esperada, es decir que están de acuerdo en que las transfusiones de sangre son un riesgo para contraer el virus, mientras el 10,6% no lo percibe así.

Tabla 37. Una persona infectada de VIH/SIDA se reconoce a simple vista

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	75	20,4
	RTA ESPERADA (NO)	293	79,6
	Total	368	100,0

Gráfico 40. Una persona infectada de VIH/SIDA se reconoce a simple vista

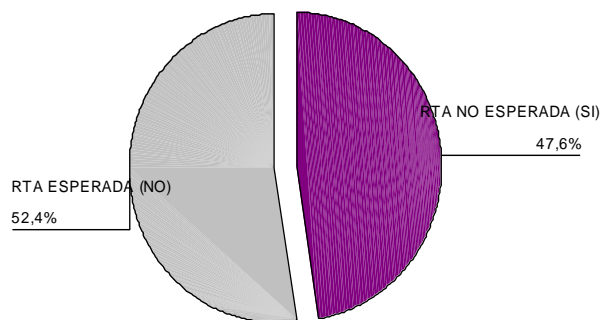


De 368 estudiantes encuestados, 293 afirmaron que una persona infectada con el virus no se puede identificar a simple vista, lo que dice que el 79,6% respondió lo que se esperaba; mientras que los restantes 75 estudiantes es decir, el 20,4%, afirmaron que esto sí es posible.

Tabla 38. El VIH se puede prevenir con un adecuado aseo genital

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	175	47,6
	RTA ESPERADA (NO)	193	52,4
	Total	368	100,0

Gráfico 41. El VIH se puede prevenir con un adecuado aseo genital

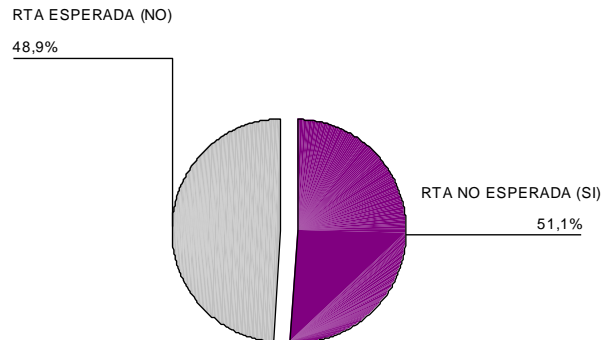


En cuanto a este tema se obtuvieron porcentajes similares, pues el 52,4% de los adolescentes contestó que el adecuado aseo genital no previene el contagio del virus, mientras que el 47,6% de ellos manifestó que esto sí es posible.

Tabla 39. Cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	188	51,1
	RTA ESPERADA (NO)	180	48,9
	Total	368	100,0

Gráfico 42. Cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón

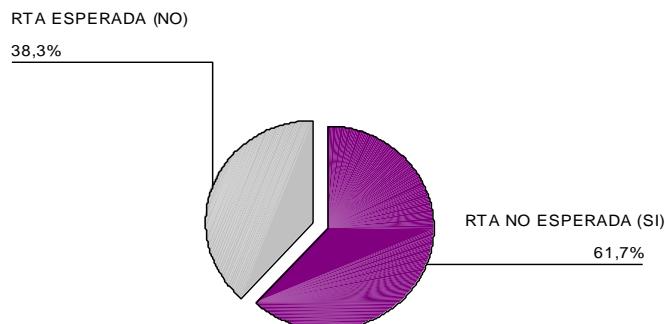


En esta pregunta la diferencia de opinión es muy pequeña. El 48,9% dio la respuesta que se esperaba, mientras que el 51,1% se equivocó.

Tabla 40. Las personas con VIH deben tener un trato especial dentro de la sociedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	227	61,7
	RTA ESPERADA (NO)	141	38,3
	Total	368	100,0

Gráfico 43. Las personas con VIH deben tener un trato especial dentro de la sociedad

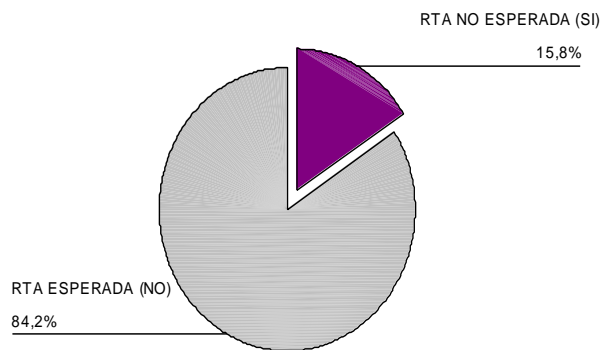


Un 61,7% de los encuestados contestó que a las personas con VIH sí se les debe dar un trato especial dentro de la sociedad; el restante 38,3% consideró lo contrario, lo cual era la respuesta esperada.

Tabla 41. Una persona que tiene hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, no fuma, no bebe, no consume sustancias psicoactivas) está libre de contraer el VIH

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	58	15,8
	RTA ESPERADA (NO)	310	84,2
	Total	368	100,0

Gráfico 44. Una persona que tiene hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, no fuma, no bebe, no consume sustancias psicoactivas) está libre de contraer el VIH



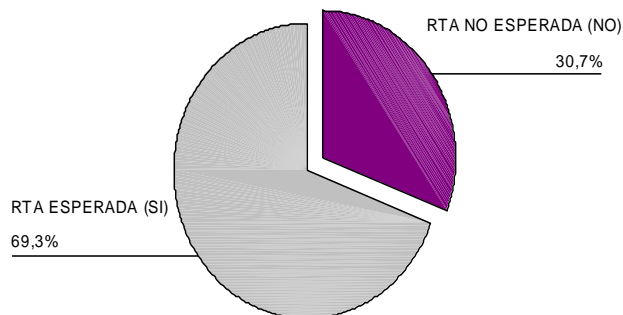
La respuesta esperada en esta pregunta era NO y la contestaron 310 estudiantes, es decir que el 84,2% de los encuestados piensa que los hábitos de vida saludables nada tienen que ver con el hecho de contraer o no el virus, mientras que el 15,8% de los estudiantes cree que estos hábitos saludables sí los protegen del virus.

8.3.3 Distribución de la muestra por prácticas preventivas del VIH/SIDA

Tabla 42. Me informo o leo sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	113	30,7
	RTA ESPERADA (SI)	255	69,3
Total		368	100,0

Gráfico 45. Me informo o leo sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA

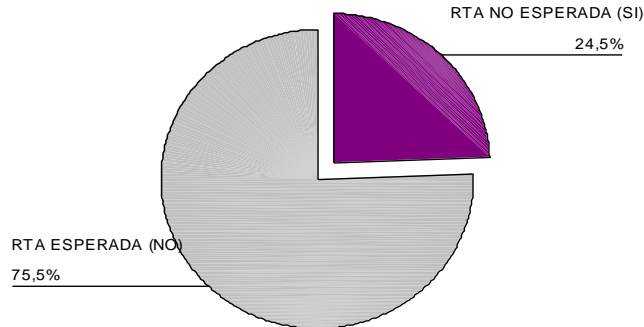


La mayoría de los estudiantes, es decir el 69,3% contestó SI en esta pregunta, lo cual era la respuesta esperada; mientras el restante 30,7% aseguró no informarse sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

Tabla 43. Me he realizado tatuajes o piercings

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	90	24,5
	RTA ESPERADA (NO)	278	75,5
Total		368	100,0

Gráfico 46. Me he realizado tatuajes o piercings

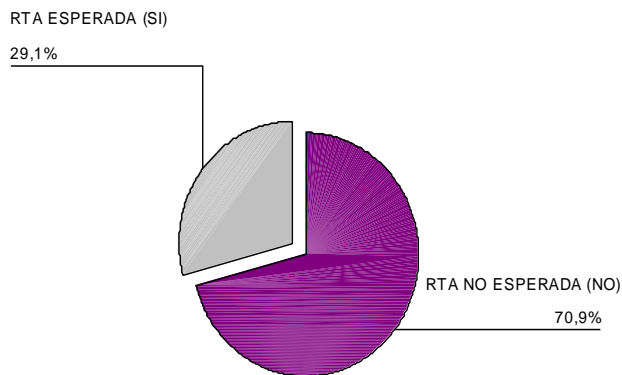


En este punto, la respuesta esperada era NO, y el 75,5% de los estudiantes contestó que no se ha realizado tatuajes o piercings, mientras el 24,5% manifestó que sí lo ha hecho.

Tabla 44. Me realizo chequeos médicos periódicamente

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	261	70,9
	RTA ESPERADA (SI)	107	29,1
	Total	368	100,0

Gráfico 47. Me realizo chequeos médicos periódicamente

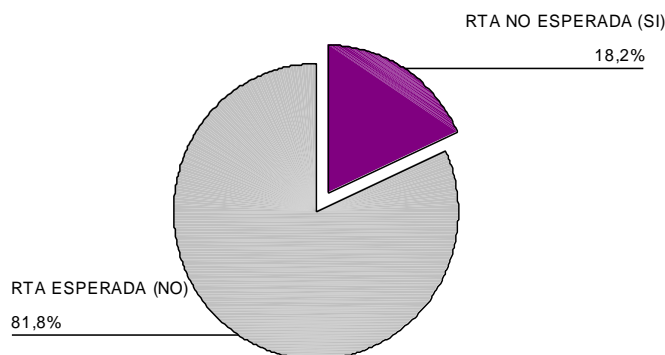


En esta pregunta, lo que se esperaba era que la mayoría de los estudiantes contestara que SI; sin embargo, tan sólo el 29,1% lo hizo, mientras que un alto porcentaje, el 70,9%, contestó NO.

Tabla 45. Intercambio objetos cortopunzantes de uso personal (agujas, máquinas de afeitar) con otras personas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	67	18,2
	RTA ESPERADA (NO)	301	81,8
	Total	368	100,0

Gráfico 48. Intercambio objetos cortopunzantes de uso personal (agujas, máquinas de afeitar) con otras personas

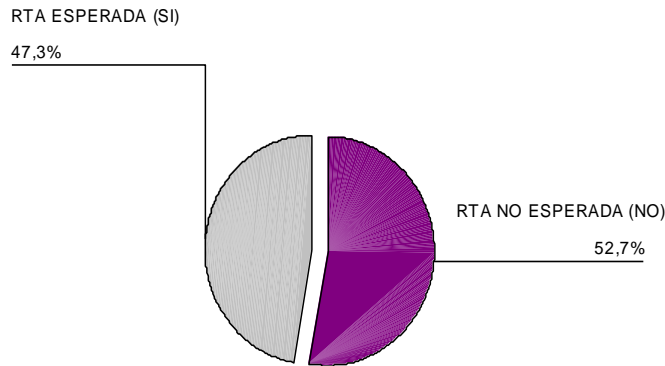


En esta pregunta el 81,8% de los adolescentes contestó que NO, es decir dieron la respuesta esperada y el 18,2% dijo que SI, la cual es la respuesta no esperada.

Tabla 46. Cuando voy al odontólogo exijo que los instrumentos sean esterilizados

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	194	52,7
	RTA ESPERADA (SI)	174	47,3
	Total	368	100,0

Gráfico 49. Cuando voy al odontólogo exijo que los instrumentos sean esterilizados

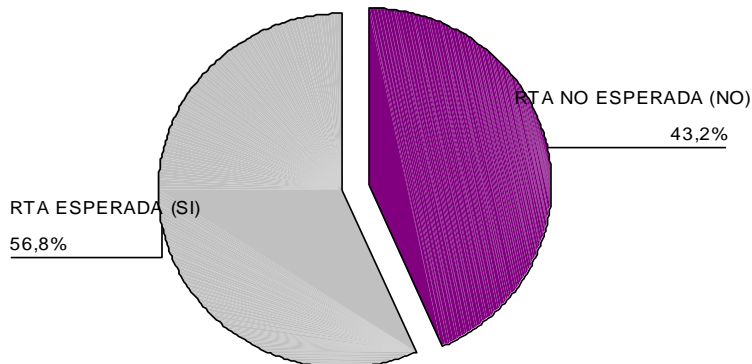


El 47,3% de los estudiantes encuestados aseguró que SI exige al odontólogo utilizar instrumentos esterilizados, lo cual era la respuesta esperada; mientras el 52,7% contestó que NO lo hace.

Tabla 47. Hablo con mis padres o maestros acerca de sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (NO)	159	43,2
	RTA ESPERADA (SI)	209	56,8
	Total	368	100,0

Gráfico 50. Hablo con mis padres o maestros acerca de sexualidad

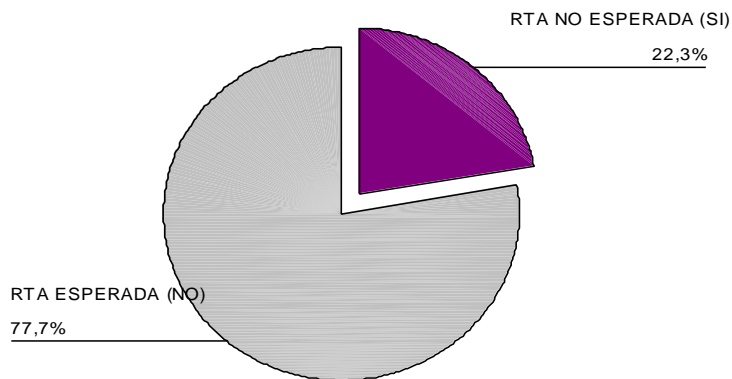


En esta pregunta no existe mucha diferencia entre los adolescentes que contestaron SI y los que contestaron NO, pues el 56,6% aseguró que habla con sus padres o maestros acerca de sexualidad, la cual era la respuesta esperada; mientras el restante 43,2% contestó que no lo hace.

Tabla 48. He compartido mi cepillo de dientes con personas de confianza

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	82	22,3
	RTA ESPERADA (NO)	286	77,7
	Total	368	100,0

Gráfico 51. He compartido mi cepillo de dientes con personas de confianza

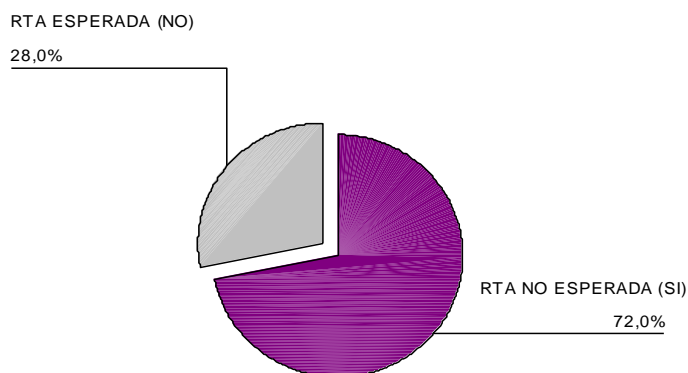


El **Gráfico 51** muestra que un 77,7% contestó que no ha compartido su cepillo de dientes con personas de confianza; sin embargo un 22,3% contestó que sí lo ha hecho.

Tabla 49. Cuando estoy en fiestas consumo alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	265	72,0
	RTA ESPERADA (NO)	103	28,0
	Total	368	100,0

Gráfico 52. Cuando estoy en fiestas consumo alcohol

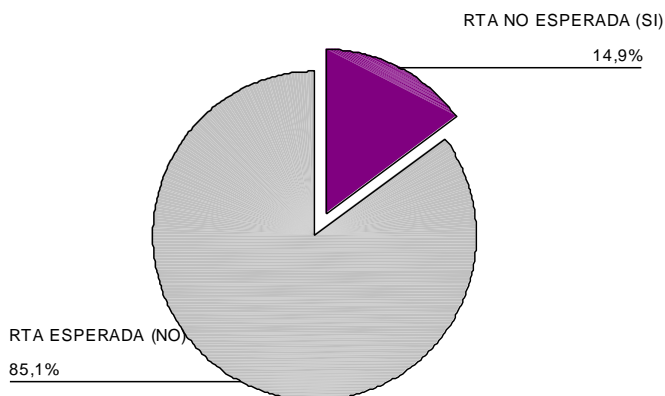


En la **Tabla 49** y en el **Gráfico 52**, se puede observar que la mayoría de los adolescentes, es decir, el 72% consume alcohol cuando asiste a fiestas y sólo un 28% no lo hace.

Tabla 50. He consumido alguna vez sustancias psicoactivas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (SI)	55	14,9
	RTA ESPERADA (NO)	313	85,1
	Total	368	100,0

Gráfico 53. He consumido alguna vez sustancias psicoactivas

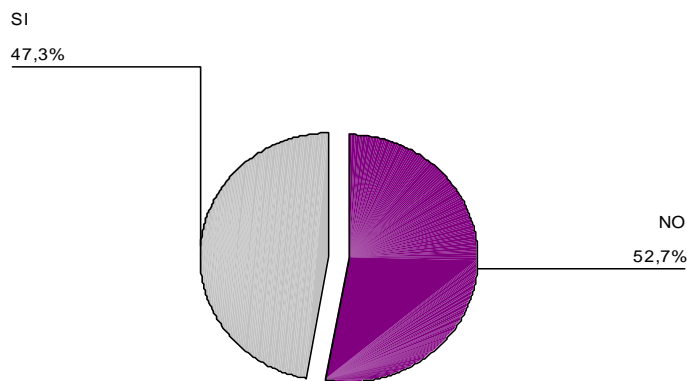


Un alto porcentaje de estudiantes aseguró que NO ha consumido sustancias psicoactivas, representados en el 85,1%, sin embargo hubo un porcentaje, el 14,9% que contestó que sí lo ha hecho.

Tabla 51. He tenido relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	194	52,7
	SI	174	47,3
	Total	368	100,0

Gráfico 54. He tenido relaciones sexuales



De 368 estudiantes de los grados décimo y once de diferentes Instituciones Educativas oficiales y no oficiales de Neiva que fueron encuestados, el 47,3% afirmó que ha tenido relaciones sexuales, mientras el 52,7% contestó que no las ha tenido.

8.3.3.1 Distribución de la muestra por prácticas preventivas de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales

N	Válidos	174
	Perdidos	0

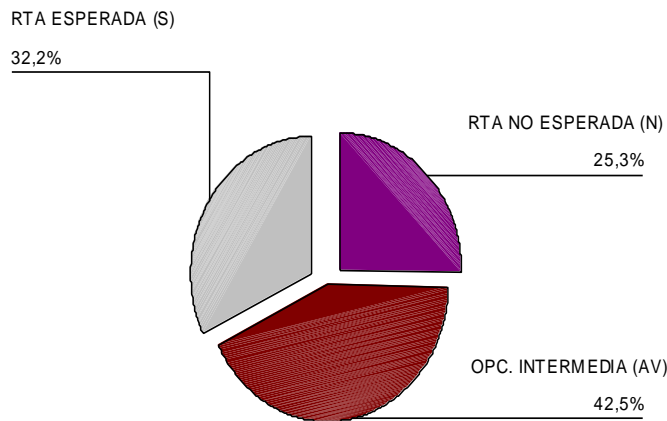
Los siguientes ítems sólo fueron contestados por los 174 adolescentes que ya han iniciado su actividad sexual, pues están encaminados a las prácticas preventivas con respecto a la sexualidad que estos jóvenes llevan a cabo. Las opciones de

respuesta que tenían los estudiantes fueron: SIEMPRE (S), ALGUNAS VECES (AV) Y NUNCA (N).

Tabla 52. Cuando tengo relaciones sexuales uso el condón

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	44	25,3
	OPCION INTERMEDIA (AV)	74	42,5
	RTA ESPERADA (S)	56	32,2
	Total	174	100,0

Gráfico 55. Cuando tengo relaciones sexuales uso el condón

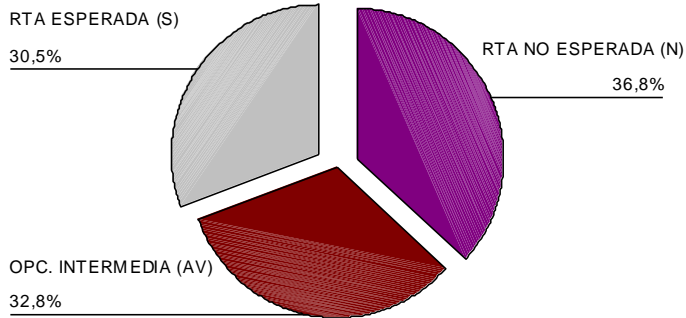


En esta pregunta el 32,2% de los adolescentes aseguró que SIEMPRE usa condón en sus relaciones sexuales, mientras el 25,3% contestó que NUNCA lo usa y el restante 42,5% contestó ALGUNAS VECES.

Tabla 53. Indago sobre el pasado sexual de la persona con quien voy a sostener relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	64	36,8
	OPCION INTERMEDIA (AV)	57	32,8
	RTA ESPERADA (S)	53	30,5
	Total	174	100,0

Gráfico 56. Indago sobre el pasado sexual de la persona con quien voy a sostener relaciones sexuales

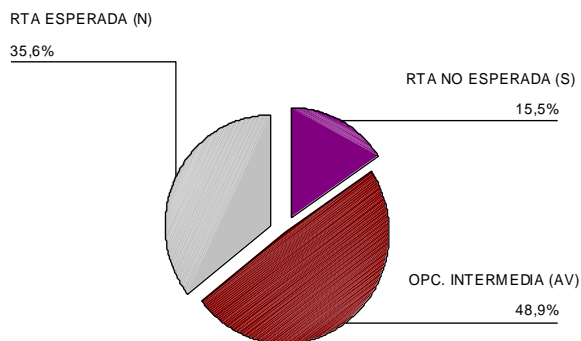


El **Gráfico 56** ilustra cómo la respuesta no esperada, en este caso era NUNCA tiene el mayor porcentaje, es decir que el 36,8%, mientras el 32,8% contestó ALGUNAS VECES, y sólo el 30,5% dio la respuesta esperada, es decir que SIEMPRE indaga sobre el pasado sexual de su pareja.

Tabla 54. Cada vez que tengo novio(a) tengo relaciones sexuales con él(ella)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (S)	27	15,5
	OPCION INTERMEDIA (AV)	85	48,9
	RTA ESPERADA (N)	62	35,6
	Total	174	100,0

Gráfico 57. Cada vez que tengo novio(a) tengo relaciones sexuales con él(ella)

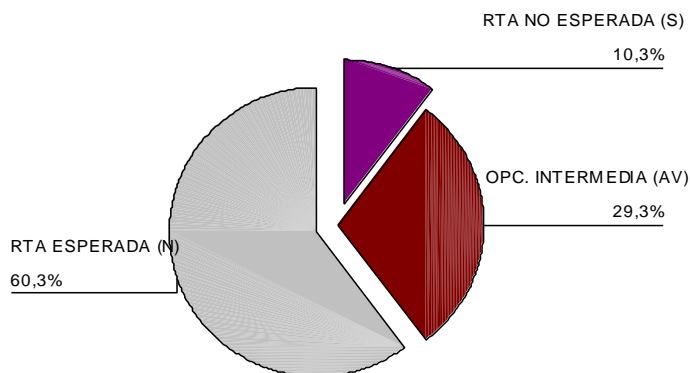


El 48,9% de los encuestados respondió ALGUNAS VECES (AV); el 35,6% contestó que NUNCA (N), la cual era la respuesta esperada y el 15,5% contestó que SIEMPRE (S).

Tabla 55. Cuando tengo novio(a) suelo tener relaciones sexuales con otras personas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (S)	18	10,3
	OPCION INTERMEDIA (AV)	51	29,3
	RTA ESPERADA (N)	105	60,3
	Total	174	100,0

Gráfico 58. Cuando tengo novio(a) suelo tener relaciones sexuales con otras personas

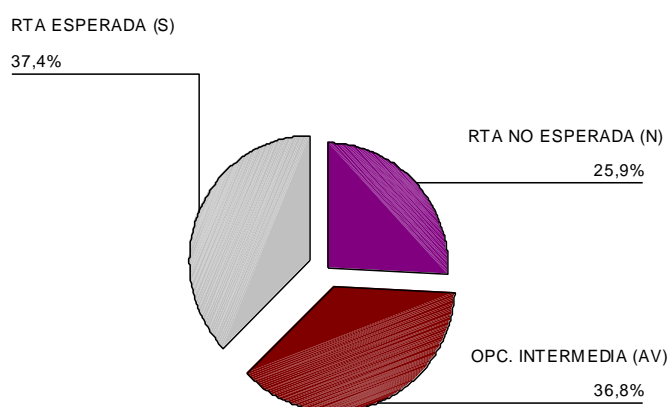


El 60,3% de los estudiantes contestó la respuesta esperada, es decir NUNCA, mientras el 29,3% contestó que ALGUNAS VECES lo hace y el 10,3% aseguró que SIEMPRE tiene relaciones sexuales con una persona diferente a su novio(a), la cual era la respuesta no esperada.

Tabla 56. Antes de una relación sexual exijo el uso del condón

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	45	25,9
	OPCION INTERMEDIA (AV)	64	36,8
	RTA ESPERADA (S)	65	37,4
	Total	174	100,0

Gráfico 59. Antes de una relación sexual exijo el uso del condón

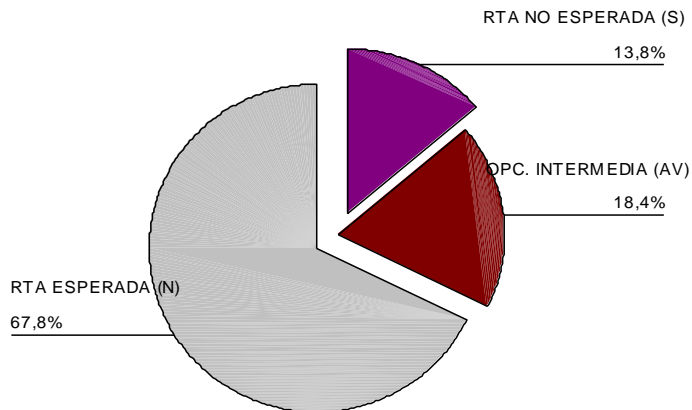


El 37,4% contestó SIEMPRE, lo que en este caso era la respuesta esperada; mientras el 36,8% contestó ALGUNAS VECES, respuesta intermedia, y el 25,9% contestó que NUNCA exige el uso del condón.

Tabla 57. Tengo relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (S)	24	13,8
	OPCION INTERMEDIA (AV)	32	18,4
	RTA ESPERADA (N)	118	67,8
	Total	174	100,0

Gráfico 60. Tengo relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros)

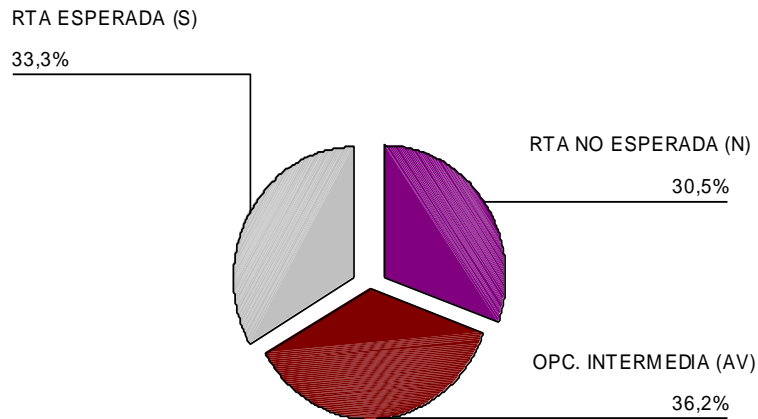


Este gráfico muestra que la mayoría de los estudiantes encuestados contestó la respuesta esperada: NUNCA tienen relaciones sexuales después de consumir sustancias psicoactivas, representados en el 67,8%; mientras el 18,4% contestó la opción intermedia, es decir ALGUNAS VECES, y el restante 13,8% asegura que SIEMPRE ha sostenido relaciones sexuales después de consumir sustancias psicoactivas.

Tabla 58. Cuando tengo relaciones sexuales con alguien pienso que me pueden transmitir el VIH

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	53	30,5
	OPCION INTERMEDIA (AV)	63	36,2
	RTA ESPERADA (S)	58	33,3
	Total	174	100,0

Gráfico 61. Cuando tengo relaciones sexuales con alguien pienso que me pueden transmitir el VIH

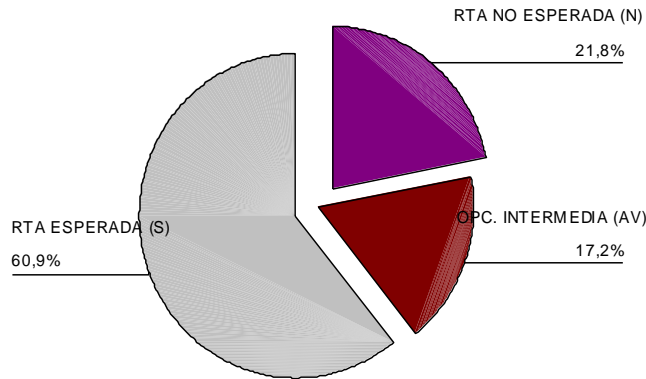


En esta pregunta no hubo mucha diferencia entre las diferentes opciones de respuesta; pues el 36,2% que es el porcentaje más alto le corresponde a la opción intermedia, es decir que estos estudiantes ALGUNAS VECES cuando tienen relaciones sexuales con alguien piensan que les pueden transmitir el virus, le sigue la respuesta esperada con el 33,3% que contestó que SIEMPRE lo piensa, y luego el 30,5%, la respuesta no esperada que es NUNCA.

Tabla 59. Cuando uso condón me aseguro de que haya quedado bien puesto

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos RTA NO ESPERADA (N)	38	21,8
OPCION INTERMEDIA (AV)	30	17,2
RTA ESPERADA (S)	106	60,9
Total	174	100,0

Gráfico 62. Cuando uso condón me aseguro de que haya quedado bien puesto

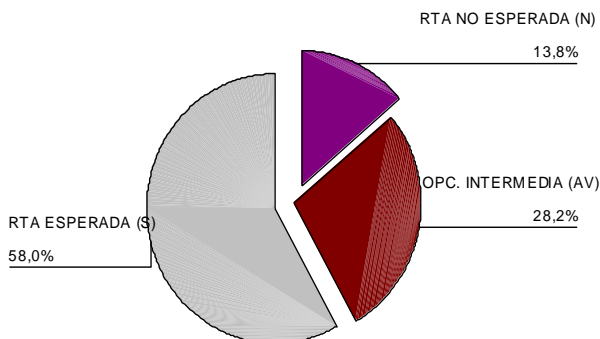


El 60,9% de los estudiantes contestó la respuesta esperada, es decir, que SIEMPRE se aseguran que el condón haya quedado bien puesto, mientras el 17,2% contestó que ALGUNAS VECES se asegura, y el 21,8% manifestó NUNCA asegurarse.

Tabla 60. Mis encuentros sexuales son con personas con quienes tengo un vínculo afectivo (noviazgo) estable

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	24	13,8
	OPCION INTERMEDIA (AV)	49	28,2
	RTA ESPERADA (S)	101	58,0
	Total	174	100,0

Gráfico 63. Mis encuentros sexuales son con personas con quienes tengo un vínculo afectivo (noviazgo) estable

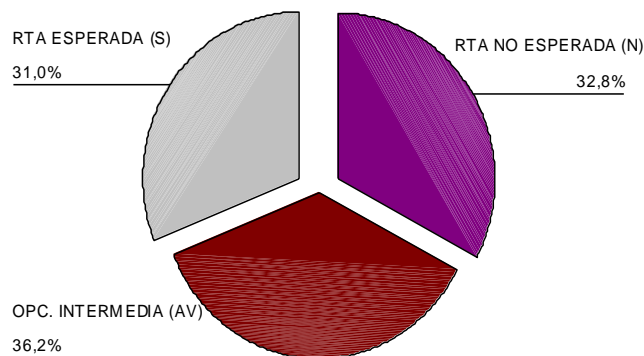


El 58% de los estudiantes contestó la respuesta esperada, es decir que sus encuentros sexuales SIEMPRE son con personas con quienes tienen un vínculo afectivo estable, mientras el 28,2% contestó que esto sucede sólo ALGUNAS VECES, y el 13,8% aseguró que NUNCA, la respuesta que no se esperaba.

Tabla 61. Cuando voy a tener una relación sexual yo compro el condón

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RTA NO ESPERADA (N)	57	32,8
	OPCION INTERMEDIA (AV)	63	36,2
	RTA ESPERADA (S)	54	31,0
	Total	174	100,0

Gráfico 64. Cuando voy a tener una relación sexual yo compro el condón



En este punto las opiniones estuvieron bien distribuidas, pues el 36,2% contestó la opción intermedia, asegurando que ALGUNAS VECES son ellos quienes compran el condón, mientras el 31% dio la respuesta esperada diciendo que SIEMPRE lo hacen y el restante 32,8% respondió que NUNCA lo compran ellos.

8.3.4 Correlaciones bivariadas entre conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA

A continuación se relacionan las tres variables de una manera bivariada, es decir de dos en dos, los conocimientos (**CT**), las creencias (**CR**) y las prácticas (**PT**) con las variables: género, grado escolar e Institución Educativa. Pero para esto, es necesario tener en cuenta el nivel de significancia (**p**) de cada una de estas correlaciones; pues se sabe que cuando “p” es menor a 0,05 existe una diferencia significativa entre dichas variables; este nivel de significancia se encuentra en la segunda tabla de cada análisis y en la primera se puede observar la muestra, la media y la desviación de cada variable; el número que se encuentra en la media, significa el promedio de ítems correctos o esperados que tuvieron los adolescentes en el tipo de variable que se esté manejando.

Tabla 62. Relación entre el género y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes

Estadísticas de grupo				
	Género	N	Media	Desviación típ.
CT	Masculino	184	10,73	3,00
	Femenino	184	11,07	2,74
CR	Masculino	184	13,74	2,85
	Femenino	184	<u>14,77</u>	2,67
PT	Masculino	184	6,02	1,84
	Femenino	184	5,97	1,75

Tabla 63. Nivel de significancia en relación con el género

Prueba de muestras independientes			
Prueba T para la igualdad de medias			
	T	gl	p
CT	-1,13	366	0,26
CR	-3,59	366	<u>0.00</u>
PT	0,23	366	0.82

En la **Tabla 63** se muestra que no hay una diferencia significativa ni en conocimientos, ni en prácticas con respecto a la variable género; pero con creencias sí la hay, pues teniendo en cuenta que el nivel de significancia (p) para CT (conocimientos) y para PT (prácticas) es superior a 0,05; mientras que para CR (creencias) el nivel de significancia es inferior a 0,05 lo que indica que hay una diferencia significativa, entre las creencias de las mujeres y las de los hombres, teniendo más creencias adecuadas las personas de género femenino.

Tabla 64. Relación entre el grado escolar y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes

Estadísticas de grupo				
	Grado esc.	N	Media	Desviación típ.
CT	Décimo	184	10,64	2,82
	Once	184	<u>11,17</u>	2,91
CR	Décimo	184	14,24	2,99
	Once	184	14,27	2,61
PT	Décimo	184	6,02	1,90
	Once	184	5,97	1,68

Tabla 65. Nivel de significancia en relación con el grado escolar

Prueba de muestras independientes			
Prueba T para la igualdad de medias			
	T	gl	p
CT	-1,78	366	<u>0,08</u>
CR	-0,11	366	0,91
PT	0,29	366	0,77

Con respecto al grado escolar, la **Tabla 65** muestra que no hay diferencias significativas, pero se puede hablar de una diferencia medianamente significativa en los conocimientos por hablarse de un p de 0,08; como se puede observar en la **Tabla 64** que tienen mayores conocimientos los estudiantes de once grado que los de décimo. Es necesario resaltar que en cuanto a las creencias hay igualdad estadística entre los grados, pues 0,91 está muy próximo a 1, donde “1 = igualdad estadística”; esto es importante en la medida en que es mucho más común encontrar diferencia que igualdad en una “n” tan grande como lo es 368.

Tabla 66. Relación entre las Instituciones Educativas y los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes

Estadística de grupo				
	Institución Educativa	N	Media	Desviación típ.
CT	I.E Oficial	224	9,99	2,84
	I.E No oficial	144	<u>12,33</u>	2,30
CR	I.E Oficial	224	13,87	2,80
	I.E No oficial	144	<u>14,86</u>	2,71
PT	I.E Oficial	224	<u>6,19</u>	1,77
	I.E No oficial	144	5,69	1,80

Tabla 67. Nivel de significancia con relación al tipo de Institución

Prueba de muestras independientes			
Prueba T para la igualdad de medias			
	T	gl	p
CT	-8,30	366	<u>2,0E-15</u>
CR	-3,37	366	<u>8,3E-04</u>
PT	2,65	366	<u>8,3E-03</u>

En la **Tabla 67** se puede ver que “p” en todos los casos es mucho menor a 0,05, lo que quiere decir que existen diferencias muy significativas entre los conocimientos, las creencias y las prácticas que tienen los estudiantes de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales.

De acuerdo a lo anterior se observa en la **Tabla 66** que los estudiantes de las Instituciones Educativas no oficiales tienen más conocimientos y creencias acertadas que los estudiantes de las Instituciones oficiales; sin embargo tienen más prácticas preventivas los adolescentes de las I.E. oficiales.

Tabla 68. Correlaciones entre las variables cuestionadas: conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA

Correlación				
		CT	CR	PT
CT	Correlación de Pearson	1		
	P			
CR	Correlación de Pearson	<u>0,343398</u>	1	
	P	<u>1,27E-11</u>		
PT	Correlación de Pearson	0,026315	<u>0,1405568</u>	1
	P	0,614837	<u>0,0069216</u>	

Esta **Tabla 68** muestra si existe o no correlación entre las diferentes variables cuestionadas, es decir, entre los conocimientos, creencias y prácticas. Si se observa el valor de “p” en las diferentes correlaciones y teniendo en cuenta el índice de significancia que es 0,05, se puede deducir que existe correlación entre conocimientos y creencias, entre creencias y prácticas pero no entre conocimientos y prácticas. (Observar los espacios subrayados).

8.3.4.1 Correlaciones de prácticas sexuales respecto al VIH/SIDA. A continuación se relacionan las prácticas sexuales respecto al VIH/SIDA, con el género, el grado escolar y el tipo de Institución Educativa de los 174 adolescentes que aseguraron tener relaciones sexuales. Es necesario recordar que los ítems de prácticas sexuales sólo los contestaron los estudiantes que ya habían iniciado su actividad sexual.

Tabla 69. Correlación con género

Estadísticas de grupo				
	Género	N	Media	Desviación típ.
PTSX	Masculino	119	12,344538	3,655590042
	Femenino	55	11,909091	4,631905165

Tabla 70. Nivel de significancia con relación al género

Prueba de muestras independientes				
Prueba T para la igualdad de medias				
		t	gl	P
PTSX	Se han asumido varianzas iguales	0,67	172	0,50

La **Tabla 70** muestra que no existe ninguna diferencia significativa entre las prácticas de sexualidad que tienen las mujeres y los hombres.

Tabla 71. Correlación con grado escolar

Estadísticas de grupo				
	Grado escolar	N	Media	Desviación típ.
PTSX	Décimo grado	77	12,272727	4,03157395
	Once grado	97	12,154639	3,961639513

Tabla 72. Nivel de significancia con relación al grado escolar

Prueba T para la igualdad de medias			
	t	gl	P
TPSX	0,19	172	0,85

En la **Tabla 72** se puede ver que p es mayor a 0,05 casi acercándose a la igualdad estadística, es decir, a 1; lo que indica que en este caso tampoco existe diferencia significativa entre las prácticas sexuales de los estudiantes de décimo y los de once grado.

Tabla 73. Correlación con el tipo de Institución Educativa

Estadísticos de grupo				
	I.E	N	Media	Desviación típ.
PTSX	I.E Oficial	114	12,114035	4,089180137
	I.E No oficial	60	12,383333	3,796035696

Tabla 74. Nivel de significancia con relación al tipo de Institución

Prueba de muestras independientes			
Prueba T para la igualdad de medias			
	t	gl	P
PTSX	-0,42	172	0,67

No existe ninguna diferencia significativa entre las prácticas sexuales de los estudiantes de las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva.

8.3.5 Análisis global de conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA

8.3.5.1 Consolidado de conocimientos del VIH/SIDA. Un alto porcentaje de los estudiantes de 10^o y 11^o de las Instituciones Educativas del municipio de Neiva, tienen conocimiento acerca del *concepto del VIH/SIDA* y del significado de sus siglas; pues un 79,6% tiene claro lo que simboliza la sigla del VIH y un 73,9% conoce lo que representa la sigla del SIDA; además, la mayoría de los estudiantes, excepto un 14,7% reconoce que el SIDA es una enfermedad de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico y que no tiene cura.

También reconocen que el VIH/SIDA es una enfermedad con múltiples vías de transmisión y que cualquier ser humano puede ser infectado del VIH; sin embargo un 27,2% de los estudiantes no tiene claridad acerca de las vías por las cuales el ser humano se puede infectar del virus y un 15,2% de los encuestados están equivocados al pensar que sólo algunas personas pueden llegar a contraer el virus.

Es necesario resaltar que la mayoría de los adolescentes no conoce acerca de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH; no identifican los nombres de las pruebas y sólo un 19,3% de los encuestados sabe que existe la prueba Elisa, mientras que el 80,7% de los estudiantes no la conoce; además se observó que la mayoría tiene claro que las pruebas para detectar el VIH/SIDA deben aplicarse más de una vez para asegurar la confiabilidad de los resultados; pues un 65,2% sabe acerca de la aplicabilidad de estas pruebas y un 34,8% están equivocados, el cual es un porcentaje significativo.

En cuanto a las respuestas acerca de las *formas de transmisión del VIH/SIDA*, los estudiantes demuestran más deficiencias que en las relacionadas con los conceptos básicos; sin embargo un alto porcentaje de la población tiene conocimiento de algunas formas por las que se puede transmitir el virus; pues un 72% de la población acierta en considerar que el VIH se puede transmitir por medio de las transfusiones de sangre y la reutilización de agujas y un 71,2% de los estudiantes conoce que el VIH puede ingresar al cuerpo de una persona sana a través de la madre al feto en gestación.

Aunque empiezan a notarse debilidades, ya que un representativo número de estudiantes, es decir, un 36,1% no identifica que un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA es tener relaciones sexuales y un 43,5% no conoce que el VIH/SIDA lo puede transmitir cualquier persona que tenga el virus; igualmente un 49,2% considera que el SIDA no se puede transmitir a través de la realización de un tatuaje.

Además, es muy alto el número de estudiantes, 77,4%, que no conoce que pueden pasar muchos años después de contraer el virus para desarrollar la enfermedad y un 70,7% no tiene claro que la mayoría de las personas portadoras del virus no demuestran síntomas, pero que aún así pueden transmitirlo.

En cuanto a las *medidas de prevención a la infección del VIH/SIDA*, un 59% de estudiantes no conoce que la manera más eficaz para prevenir el VIH es evitar el intercambio de fluidos (semen, sangre, flujo vaginal y leche materna) con otras personas, es decir que es muy equilibrado el porcentaje de personas que conocen y desconocen las formas de prevenir el VIH. Igualmente sucede al referirse acerca del preservativo en las relaciones sexuales, pues un 59,2% acierta en considerar que el condón es una protección efectiva contra el VIH/SIDA, por lo que se puede observar que es muy similar el porcentaje de las personas que lo consideran efectivo y de las que no, pues un 40,8 % no lo considera efectivo.

Más de la mitad de los estudiantes, el 67,9%, coinciden en afirmar que en la actualidad la prevención del VIH/SIDA se debe realizar con el apoyo de medidas educativas; sin embargo, no es un porcentaje suficiente, pues una proporción significativa, el 32,1%, desconoce las campañas educativas como medidas de prevención; lo cual afecta la disposición y el interés de esta población para recibir adecuadamente la información respectiva.

8.3.5.2 Consolidado de creencias del VIH/SIDA. En cuanto a las *creencias respecto a la susceptibilidad percibida* se puede observar que un alto porcentaje de los estudiantes encuestados, es decir el 90,8%, tiene claro que el VIH/SIDA lo puede adquirir cualquier ser humano sin discriminación alguna de sexo, raza o clase social.

Sin embargo, la mayoría no reconoce lo vulnerables que son al contagio del VIH/SIDA, pues un 48,9% de los adolescentes considera que son pocas las posibilidades que tienen de adquirir el virus y un 57,1% expresa que su vida sexual no está relacionada con la posibilidad de contraer el VIH/SIDA.

Aunque un 63,0% de los estudiantes considera que cuando tienen relaciones sexuales con su pareja se encuentran en riesgo de infección; pero aún así no deja de ser representativo el porcentaje de estudiantes, 37,0%, que creen que no tienen riesgo de contraer el virus por vía sexual.

Al examinar las respuestas de los ítems relacionados con las *creencias respecto a la severidad percibida* de los adolescentes de 10º y 11º, se observó que un 72,3% de los encuestados considera que el VIH/SIDA es una enfermedad muy grave y que al contraerlo se verían afectados todos sus proyectos.

El 79,6% de los encuestados considera que una persona infectada con el virus no se puede identificar a simple vista, y el 61,7% está de acuerdo con que a las personas enfermas del SIDA no se les debe dar ningún trato especial en la

sociedad, es decir, no se le debe discriminar, ni alejar por su enfermedad; sin embargo un mediano porcentaje de los estudiantes, aunque representativo, un 38,2%, no se encuentra de acuerdo con este punto de vista, considerando que estas personas sí se deben tratar de manera diferente que al resto de las personas.

En cuanto a las *creencias respecto a los beneficios percibidos*, se encontró que el 52,4% de los adolescentes escolarizados de EMV, considera que teniendo una pareja sexual estable podrían evitar el contagio del virus; y el 69,6% cree que no es necesario abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar el contagio de la enfermedad, es decir, que más de la mitad de los encuestados ven como un beneficio frente al contagio del virus el tener relaciones sexuales con una persona estable y gran parte de ellos no considera como beneficio el hecho de abstenerse de tener relaciones sexuales.

En las *creencias respecto a las barreras percibidas* se puede observar que el 64,1% de los estudiantes considera que el exigir la prueba de VIH no es una muestra de desconfianza hacia la pareja, en este aspecto un buen porcentaje de los estudiantes demostró cierta responsabilidad sexual, pues también un alto porcentaje, un 63,6%, estuvo de acuerdo que el uso del condón no disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales, y el 68,5% aseguró que las pruebas de VIH/SIDA se deben realizar constantemente, no sólo cuando se considere que se ha estado en riesgo de infección.

Es importante resaltar que la mayoría de los estudiantes tiene claro que la compra y uso del condón es responsabilidad de la pareja y no sólo de los hombres, pues el 84,5% así lo afirmó al contestar la pregunta relacionada con este tema; sin embargo, la mayoría, el 51,1%, manifestó que cuando existe confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón, aspecto que expone a los adolescentes al contagio del virus.

Casi que existe una igualdad entre los encuestados que creen que el VIH se puede prevenir con un aseo genital y los que no lo creen, tratándose de un 47,6% y un 52,4% respectivamente, por lo que se hace notorio que existe un vacío en este aspecto que los hace vulnerables a la infección.

En cuanto a las *creencias respecto a las claves para la acción* que tienen los adolescentes de 10º y 11º se logró observar que aunque el 86,4% aseguró conocer acerca del tema del VIH/SIDA, sólo un 54,1% identifica que el VIH y el SIDA no significan lo mismo.

Sin embargo, un 71,7% identificó que el virus no se puede transmitir a través de las lágrimas, el sudor o la saliva; un 66,85% contestó que las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas significan un riesgo; un 80,2% reconoce que cuando una persona se realiza tatuajes o piercings se encuentra en riesgo de infección y un muy alto porcentaje, 89,4% de los estudiantes, estuvo de acuerdo en que las transfusiones de sangre son un riesgo para contraer el virus.

El 84,2% expresó que los hábitos de vida saludables no tienen nada que ver con el hecho de contraer o no el VIH, por lo que se deduce que aunque muchos estudiantes poseen algunas creencias erróneas, en su mayoría tienen creencias adecuadas en cuanto a las formas de transmisión del virus, lo que posiblemente podría desencadenar comportamientos adecuados frente a la prevención del virus.

8.3.5.3 Consolidado de prácticas preventivas del VIH/SIDA. Un porcentaje representativo de los estudiantes, el 63,3%, contestaron que se informan sobre las formas de prevenir la transmisión del SIDA; sin embargo, sólo un poco más de la mitad, el 56,6%, asegura que habla con sus padres o maestros acerca de la sexualidad.

Dentro de las prácticas preventivas que afirman tener los adolescentes se encuentran el No haberse realizado tatuajes o piercings, pues el 75,5% así

respondió. Además, un alto porcentaje, el 81,8% de los encuestados, aseguró que No intercambian objetos corto punzantes de uso personal con otras personas al igual que no comparten su cepillo de dientes ni siquiera con personas de confianza. Y un alto porcentaje de estudiantes, el 85%, aseguraron que No han consumido sustancias psicoactivas, aunque hubo un porcentaje significativo, el 14,9% que contestaron que sí lo han hecho.

Sin embargo, un alto porcentaje, el 70,9% de los estudiantes contestaron que no se realizan chequeos médicos periódicamente; y además, el 52%, es decir más de la mitad aseguró que no le exige al odontólogo utilizar instrumentos esterilizados. Además, el 72% contestaron que en sus fiestas consumen alcohol; lo cual, muestra que los jóvenes consumen alcohol desde muy temprana edad, teniendo en cuenta que la mayoría de los encuestados son menores de edad; las anteriores prácticas se pueden clasificar como factores de riesgo a la infección del VIH/SIDA.

De 368 estudiantes del grado décimo y once de diferentes Instituciones Educativas oficiales y no oficiales de Neiva que fueron encuestados, el 47,3% afirmó haber tenido relaciones sexuales; sin embargo, la diferencia entre los que han tenido relaciones sexuales y los que no las han tenido es mínima, hay casi la misma proporción. De lo anterior se puede deducir que muchos de los adolescentes están iniciando sus relaciones sexuales durante la época escolar y a temprana edad, pues la mayoría son menores de 18 años.

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso aclarar que sólo 174 estudiantes pasaron a la siguiente fase del cuestionario diseñado exclusivamente para quienes han tenido relaciones sexuales. Es decir, que los siguientes resultados hacen parte del 47,3% del total de la muestra.

Solamente el 36,8% de los estudiantes contestó que nunca indaga sobre el pasado sexual de la persona con quien va a sostener relaciones sexuales. El resto de los encuestados respondió en proporciones similares, 30% y 32%, que siempre

o algunas veces respectivamente indagan sobre el pasado sexual de su próxima pareja. Sin embargo, no son cifras representativas; por lo tanto no se ubican adecuadamente como prácticas preventivas.

Además, casi la mitad de los estudiantes, 48%, afirma que con algunos novios ha tenido relaciones sexuales y un 58% asegura que sus encuentros sexuales siempre han sido con personas con quienes tiene un vínculo afectivo estable, tipo noviazgo; lo cual es uno de los aspectos más importantes a la hora de hablar de prevención de la enfermedad.

Asimismo, hay porcentajes proporcionales frente al hecho de exigir el uso del condón antes de una relación sexual, el 37% lo exige siempre y el 36% algunas veces, lo cual es un factor de riesgo; sumado a que sólo el 31% de los estudiantes que sostienen relaciones sexuales compran siempre el condón y el 36% lo compra en algunas ocasiones; además, sólo el 32% afirmó usarlo siempre y el 42% algunas veces. Sin embargo, el 60% afirma que cuando usan el condón se aseguran siempre de que haya quedado bien puesto. Lo anterior demuestra que el uso del condón es un tema bastante debatido y de opiniones bien equitativas.

Respecto a prácticas preventivas como la fidelidad, el 60% de los estudiantes responden que nunca tienen relaciones sexuales con otras personas mientras tienen novio(a); lo cual puede ser algo alentador, al igual que el tema de las drogas, pues respecto a tener relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, éxtasis u otros), los estudiantes respondieron en una alta proporción, el 67%, que nunca lo han hecho. Por lo tanto, se puede deducir que más de la mitad de la muestra posee dichas prácticas preventivas; sin embargo, éstas no son suficientes para la adecuada prevención del VIH/SIDA.

Además, la vulnerabilidad es otro tema de opiniones bien compartidas; pues el 36,2% que es el porcentaje más alto, son aquellos estudiantes que contestaron que al tener relaciones sexuales con alguien piensan algunas veces que les puede

transmitir el virus, le sigue el 33,3% que contestaron que siempre lo piensan, y luego el 30,5% que nunca piensan en esa posibilidad.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad considerada como un problema de salud pública, que se ha expandido en toda la población mundial, específicamente en los jóvenes ya que más de la mitad de todas las personas que se infectan por el virus en el mundo lo contraen antes de los veinticinco años de edad⁹².

Es por esta razón, que la presente investigación optó por indagar acerca de los conocimientos, las creencias y las prácticas preventivas frente al VIH/SIDA que poseen los adolescentes escolarizados de 10^o y 11^o EMV en las Instituciones Educativas oficiales y no oficiales del municipio de Neiva, pues los adolescentes merecen la denominación de población vulnerable, ya que por sus características como la inmadurez cognoscitiva, la búsqueda de la autonomía psicológica, la influencia de los compañeros y el mismo desarrollo físico hacen que en este periodo de la vida, en el cual se establecen las actitudes y la conducta sexual y en ocasiones se inicia el uso de fármacos se presenten conductas riesgosas desde el punto de vista de la infección por VIH (Brown y cols.)⁹³.

Los conocimientos, junto con las creencias, favorecen conductas específicas de conservación y promoción de la salud; el elemento cognitivo es, en suma, un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables. Aunque el reconocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de un cambio de conducta, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio del comportamiento (Fineberg, 1988)⁹⁴.

⁹² WINTER, Anne. ONUSIDA. SIDA: Escucha, aprende y vive, campaña mundial contra el SIDA 1999 con los Niños y los Jóvenes, Desafíos para América Latina y el Caribe Brasilia, 25 de febrero de 1999.

⁹³ USECHE, Bernardo. Criterios básicos de prevención y atención en la infección por VIH/SIDA para el departamento de Caldas. Algunos conceptos sobre educación sexual y prevención de la infección por VIH/SIDA. Fundación para pacientes con SIDA. Universidad de Caldas. Septiembre, 1992. 3p.

⁹⁴ SOTO, Francisco y Cols. Revista Española de Salud Pública, Vol. 71 No. 4, Madrid: Julio-Agosto, 1997.

De acuerdo con los resultados obtenidos del cuestionario de conocimientos, creencias y prácticas preventivas del VIH/SIDA, se establece que la mayoría de los adolescentes pudo identificar correctamente los términos básicos de definición de la enfermedad como el significado de las siglas del VIH y el SIDA; ellos conocen que es el virus de la inmunodeficiencia humana y que desarrolla una enfermedad llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida; asimismo, reconocen que ésta es una enfermedad crónica de carácter infeccioso que afecta el sistema inmunológico de cualquier ser humano y que no tiene cura; además identifican que este virus tiene múltiples vías de transmisión, lo que indica que poseen información general acerca de la enfermedad, lo cual es importante, puesto que poseer conocimientos es esencial para que la persona haga concientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

Sin embargo, un número representativo de estudiantes no poseen la información adecuada acerca de esta enfermedad lo que es preocupante pues aunque tener estos conocimientos no se considera garantía para la adopción de conductas adecuadas⁹⁵; tenerlos es esencial para estimular el autoanálisis y es un elemento motriz para la adopción de medidas preventivas según estudios realizados por la OPS-OMS⁹⁶.

Respecto a las pruebas de laboratorio para la detección del VIH, la mayoría de los estudiantes no reconocen la prueba de ELISA; esto puede deberse al poco interés por parte de los adolescentes de informarse bien acerca de este tema y a algunas fallas en las estrategias educativas que existen actualmente debido a que éstas centran su atención en los conceptos básicos de la enfermedad y en algunas formas de transmisión y de prevención del virus, dejando a un lado la promoción de las pruebas de laboratorio que detectan el VIH.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ OPS-OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y SIDA/ ETS". México: 1990..

Contradictoriamente, un alto porcentaje reconoce que los resultados de esta prueba de laboratorio no son totalmente confiables y deben ser repetidos para mayor seguridad; esto demuestra que si bien no identifican el nombre de la prueba para la detección del virus si poseen información acerca de la fiabilidad de la misma. Sin embargo, un número significativo de adolescentes no posee el conocimiento adecuado acerca de la repetición de la prueba, esto posiblemente corresponde al desconocimiento mismo acerca de ella.

En cuanto a la manifestación sintomática del SIDA, la mayoría de los estudiantes no saben que ésta enfermedad se manifiesta de 5 a 10 años después de haber contraído el VIH y que durante ese tiempo el virus puede transmitirse a otras personas aún sin haber presentado síntomas y sin saber que se es portador de éste. El no poseer la información pertinente puede llevar a los adolescentes a cometer prácticas de riesgo, pues desconocen que la enfermedad no manifiesta los síntomas inmediatamente después de contraer el VIH; por lo tanto sí se sienten bien de salud o ven que otra persona es saludable no se percibirán en riesgo de contraer la enfermedad y nunca se realizarán la prueba de ELISA, por lo que pueden llegar a infectarse del virus sin saberlo y propagarlo así a otras personas.

Con respecto al concepto de VIH/SIDA se puede concluir que la mayoría de los adolescentes que cursan 10^o y 11^o en la ciudad de Neiva poseen información general acerca del virus; estos resultados se compararon con un estudio acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva realizado por Nidia Zarta de Plazas y cols. en 1997⁹⁷ y se encontró que estos jóvenes también presentaban buenos conocimientos en este aspecto; sin embargo, según sus autores, éstos no han sido comprendidos a cabalidad.

⁹⁷ ZARTA DE PLAZAS, Nidia y MONCALEANO GOMEZ, Luz Margot, Construcción de una propuesta a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva. Facultad de educación Universidad Surcolombiana, 1997.

Respecto a las formas de transmisión se encontró que la mayoría de los adolescentes reconocen que el VIH/SIDA se puede transmitir por transfusiones de sangre, de la madre al hijo en gestación y mediante la reutilización de agujas y jeringas; pero un alto porcentaje no reconoce la realización de tatuajes en el cuerpo como un factor de riesgo para adquirir el virus, situación que preocupa pues durante la adolescencia, se accede a estas prácticas con bastante frecuencia debido a que es una etapa de exploración y búsqueda de identidad, lo cual es un riesgo para los jóvenes.

Algunos estudiantes reconocen como factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA tener relaciones sexuales; sin embargo es preocupante que un número muy representativo de ellos no lo reconoce como tal; según estos resultados se podría decir entonces, que el cuidado en las relaciones sexuales con el uso del condón no se haría necesario para estos adolescentes o por lo menos no promovido por la posibilidad de contraer VIH.

Con respecto a las formas de prevenir, en esta investigación se encontró que más de la mitad de los adolescentes no conocen que la forma más eficaz para prevenir la transmisión del VIH/SIDA es evitando el intercambio de fluidos corporales (leche materna, semen, flujo vaginal, sangre), esto posiblemente se debe a que las campañas masivas de educación no enfocan su campo de acción en todas las vías de transmisión y por el contrario se hace énfasis a la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales, es decir al intercambio de semen únicamente.

Con respecto a las formas de prevenir, en esta investigación se encontró que más de la mitad de los adolescentes no conocen que la forma más eficaz para prevenir la transmisión del VIH/SIDA es evitando el intercambio de fluidos corporales (leche materna, semen, flujo vaginal, sangre), esto posiblemente se debe a que las campañas masivas de educación no enfocan su campo de acción en todas las vías de transmisión y por el contrario se hace énfasis a la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales, es decir al intercambio de semen únicamente.

En cuanto al uso del condón en todas las relaciones sexuales, la mayoría considera que es una protección efectiva contra el VIH/SIDA; pero aún así un número considerable de estudiantes no lo reconoce tal, resultado que pone de relieve las falencias existentes en el sistema de conocimientos que poseen los adolescentes.

Otro aspecto importante arrojado por esta investigación, es que la mayoría de estudiantes reconoce que la prevención a la infección del virus se debe realizar mediante campañas educativas; punto similar al que se encontró con el estudio titulado conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre la infección VIH/SIDA de los Estudiantes, Profesores y Personal Auxiliar de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, realizado en el año 1996 por Alba Liz Jaramillo y cols., en el que se concluyó que los encuestados reconocen las medidas educativas como la mejor prevención en cuanto a la infección del VIH/SIDA, observándose la conciencia que tiene la población y el interés de la misma por ser informada⁹⁸.

En relación a las creencias que poseen estos adolescentes, se realizó un análisis basado en el Modelo de Creencias en Salud (MCS), para lograr identificar qué tan vulnerables se sienten los estudiantes de E.M.V de la ciudad de Neiva a la infección del virus.

Según Maiman y Becker (1974), los componentes del modelo de creencias en salud se pueden traducir en el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo de recuperar la salud) y la creencia de que una adecuada conducta puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud)⁹⁹.

⁹⁸ JARAMILLO HERNÁNDEZ, Alba Liz y Cols. Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre la infección VIH-SIDA de los Estudiantes, Profesores y Personal Auxiliar de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 1996.

⁹⁹ CABRERA, Gustavo y Cols. Creencias en Salud: historia, constructos y aportes del modelo. Publicado en la Revista Fac. Nac. Salud Pública. Cali, Colombia: 2001, 19 (1) : 91-101.

Para analizar estos componentes, el presente trabajo investigativo se basa en las cinco dimensiones planteadas por Irwin Rosenstock en 1974, las cuales son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, las barreras percibidas, los beneficios percibidos y las claves para la acción.

En cuanto a la *susceptibilidad percibida*, según Rosenstock (1974), a la valoración subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo, se logró observar con esta investigación que la mayoría de los adolescentes considera que el virus lo puede contraer cualquier ser humano independientemente de su condición social. Sin embargo, los porcentajes de estudiantes que consideran que tienen pocas posibilidades de adquirir el VIH son muy similares a los que aseguran lo contrario y aunque la mayoría de ellos acierta en considerar que están expuestos a contagiarse de VIH cuando tienen relaciones sexuales con sus parejas, se contradicen al expresar que la vida sexual de ellos no está relacionada con la posibilidad de adquirir el virus.

Por lo anterior, se puede considerar según el MCS que estos adolescentes se encuentran en un alto riesgo de infección, pues son vulnerables y no se consideran como tal, lo que puede llevarlos a desarrollar conductas riesgosas y con esto contraer el virus.

Los datos encontrados en este estudio en cuanto a la *susceptibilidad percibida* por los adolescentes acerca de la infección del virus, son similares a los resultados de la investigación Sexualidad y Riesgos del SIDA en los Adolescentes de la Comuna No. 2 de Neiva (1994), en donde se expresa: “*Ellos se sienten invulnerables a esta enfermedad y aparentemente no se preocupan por el alto riesgo de transmisión al que están expuestos y consideran que nunca llegarán a adquirirla*”¹⁰⁰. Esta sobrestimación de sus posibilidades de invulnerabilidad o la simple negación del

¹⁰⁰ MANRIQUE, Luz Elcy. Sexualidad y riesgos del SIDA en los adolescentes de la comuna No. 2 de Neiva. Tesis (Magíster en educación y desarrollo comunitario) CINDE-Universidad Surcolombiana, Facultad de educación, programa de educación y desarrollo comunitario. Neiva: 1994, 250p.

riesgo, puede dificultar la asociación entre prácticas de comportamientos de riesgo y sus nocivas consecuencias.

Respecto a la *severidad percibida*, es decir, en cuanto a las creencias de los adolescentes sobre la gravedad de contraer el VIH/SIDA o dejarlo sin tratar una vez contraído¹⁰¹, es importante resaltar que los individuos consideran que el VIH es una enfermedad muy grave y que les traería consigo consecuencias físicas y sociales si llegaran a adquirirla; como lo expone Rosenstock en esta dimensión, en donde contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, las médico-clínicas y las consecuencias sociales. En cuanto a las consecuencias físicas o médico-clínicas, un número representativo de estudiantes aunque no la mayoría, están errando en considerar que cuando se es portador del VIH las personas se pueden dar cuenta de esto a simple vista. Y en cuanto a las consecuencias sociales un alto porcentaje de estudiantes exponen que las personas portadoras del virus deben ser tratadas de una manera especial en la sociedad y que en el caso de ellos, si se contagiaron del virus, todos sus proyectos se verían afectados.

Con respecto a las creencias que poseen los estudiantes de la efectividad relativa que puedan tener sus diferentes conductas en el momento de enfrentarse con la enfermedad, es decir según Rosenstock (1974), en cuanto a los *beneficios percibidos*¹⁰², se observó que los adolescentes no consideran como un beneficio abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar el VIH, sin embargo están errando en considerar como un beneficio el hecho de tener una pareja sexual estable, pues esto no es suficiente para evitar el VIH/SIDA, por lo que pueden llegar a exponerse al contagio del virus a través de los otros medios de contagio.

¹⁰¹ SOTO Francisco y cols. El Modelo de Creencias en Salud. un enfoque teórico para la prevención del sida.. Universidad de Arizona. Tucson, AZ (EE.UU). 1997.

¹⁰² MORENO SAN PEDRO Emilio y cols. Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Revista internacional de Psicología y terapia psicológica. Universidad de Almería. 2003. vol 3. No 1, 94p

Para que los adolescentes posean prácticas preventivas frente al contagio del VIH/SIDA, es importante que sean conscientes de su vulnerabilidad a la infección, de la gravedad de ésta y que posean creencias adecuadas en cuanto a los beneficios, debido a que es poco probable que tengan comportamientos preventivos frente al VIH/SIDA si no los consideran como efectivos para evitar la infección; sin embargo, en este estudio se encontró que ellos no se sienten vulnerables y que aunque perciben el VIH/SIDA como una enfermedad grave, tienden a exagerar las consecuencias que trae la infección.

En cuanto a los obstáculos que impiden que los individuos puedan llegar a ejercer una conducta preventiva, así ésta se considere como tal, es decir, con respecto a las barreras percibidas¹⁰³ por los estudiantes; se encontró que aunque la mayoría de los adolescentes consideran importante exigir y realizarse la prueba de VIH, un porcentaje representativo expresa que exigirla es una muestra de desconfianza hacia la persona y que estas pruebas sólo se deben aplicar cuando se cree que se ha estado en riesgo de infección.

También es importante resaltar que aunque ellos reconocen que comprar el condón y usarlo no es responsabilidad sólo de los hombres, poseen una fuerte barrera para llegar a prevenir el VIH, pues aunque la mayoría de estudiantes consideran que al usar el condón no se disminuye la satisfacción en las relaciones sexuales, un porcentaje representativo considera lo contrario, lo que puede conducir a que este grupo poblacional no lo utilice y por lo tanto lleguen a contraer el virus a través de esta vía.

Es alarmante encontrar que un alto número de estudiantes considera que el VIH se puede prevenir con un adecuado aseo genital y que cuando hay confianza en la pareja se puede dejar de usar el condón; lo cual es una amenaza a la infección, pues estas creencias impiden que ellos posean prácticas preventivas y promueven su exposición al virus.

¹⁰³ *Ibíd.*

Además de estas cuatro dimensiones, se consideran ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estos estímulos han recibido el nombre de *claves para la acción*; según Rosenstock (1974) y Becker (1984) estas claves pueden ser internas (síntomas físicos) o externas (influencia del medio social)¹⁰⁴.

En cuanto a las claves externas, con esta investigación se logró observar que aunque la mayoría de los estudiantes creen tener conocimiento acerca del virus, esto no es del todo cierto, pues en la sección de preguntas de información general acerca del VIH/SIDA existieron grandes falencias, con lo que se demostró que los encuestados no poseen un completo repertorio de conocimientos acerca del virus, incluso ellos creen que el VIH y el SIDA son lo mismo.

Es importante resaltar que un porcentaje representativo de estudiantes acertó en considerar que el virus no se transmite a través de las lágrimas, el sudor y la saliva y que las transfusiones de sangre, la realización de tatuajes o piercings y las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas son un riesgo para adquirir el VIH/SIDA; además reconocen que tener hábitos de vida saludables no es suficiente para estar libres de contraer el virus; es importante resaltar que los adolescentes creen más no conocen que el VIH se puede infectar al realizarse tatuajes o piercings en el cuerpo, pues en las respuestas de conocimientos estuvieron muy similares los porcentajes de los que consideran que el VIH se puede transmitir a través de este medio con los que expresan lo contrario.

Esta última dimensión es muy importante y puede llegar a ser un desencadenante de la conducta de los individuos como ya se había mencionado anteriormente, sin embargo la susceptibilidad, los beneficios, las barreras y la severidad con que los adolescentes perciben el contagio del virus, también son factores importantes para que ellos tomen sus decisiones y con esto formen su repertorio de conductas

¹⁰⁴ *Ibíd.*

preventivas; que de acuerdo con Páez, 1994¹⁰⁵, lo correcto sería que las personas crean que el SIDA es grave y que ellos están en riesgo, que tengan indicadores de ese riesgo, que conozcan los mecanismos de prevención del VIH, y que estén motivados para hacer los esfuerzos y tener recursos para desarrollar las conductas seguras.

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Como ya se ha dicho en los apartados anteriores, las prácticas preventivas de un individuo frente al VIH/SIDA son determinadas por sus creencias acerca de la vulnerabilidad que tengan al contagio del virus, de la gravedad con la que perciban la enfermedad y la efectividad, las barreras y las claves desencadenantes que posean para la acción protectora frente a la infección del virus¹⁰⁶, es decir, sus prácticas preventivas dependen de sus adecuadas percepciones en cuanto a las cinco dimensiones del modelo de creencias en salud.

Los resultados de esta investigación muestran un gran vacío en cuanto a la práctica de comportamientos preventivos del VIH/SIDA por parte de un número representativo de adolescentes escolarizados de Neiva; aunque no son todos, es importante resaltarlo ya que son seres biopsicosociales que están en constante relación con los demás. No obstante estos jóvenes se consideran susceptibles al contagio del virus, muestran dificultades para percibir los riesgos de infección; lo cual puede ser uno de los factores por los cuales dentro de su repertorio de conductas cotidianas, son escasas aquellas que pueden ayudarlos a prevenir la adquisición de esta enfermedad.

¹⁰⁵ SOTO Francisco y cols. El Modelo de Creencias en Salud. un enfoque teórico para la prevención del sida.. Universidad de Arizona. Tucson, AZ (EE.UU). 1997.

¹⁰⁶ *Ibíd.*

En esta investigación se encontró que sólo la mitad de los estudiantes practican la comunicación con sus padres y maestros sobre la sexualidad, lo cual dificulta que estos adolescentes sean adecuadamente informados al respecto y que sean otros medios, como la televisión o los amigos, los responsables de esto. El diálogo y la comunicación sobre la sexualidad con personas capacitadas en el tema son aspectos básicos a la hora de iniciar procesos educativos para la prevención de enfermedades como el VIH/SIDA, que tiene como una de sus principales vías de transmisión, la sexual; y que además, son los adolescentes el grupo poblacional más vulnerable al contagio de ésta.

Además, hay un porcentaje significativo de adolescentes que no leen o preguntan acerca de las formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA, lo cual puede de alguna manera explicar la debilidad encontrada en la sección de conocimientos y de creencias, pues tal vez estos jóvenes no alcanzan a percibir como un beneficio para su salud la búsqueda de información al respecto.

A pesar de que un gran número de estudiantes no se ha realizado tatuajes o piercings, no ha intercambiado objetos corto punzantes de uso personal con otras personas, al igual que no ha compartido su cepillo de dientes ni siquiera con personas de confianza; hay un porcentaje representativo que sí lo ha hecho, los cuales pudieron haber estado en riesgo de adquirir el VIH/SIDA según las condiciones de higiene y seguridad en que lo hicieron; por lo tanto, estos adolescentes no midieron este riesgo, tal vez porque desconocían que éstos fueran factores de riesgo a la infección o porque simplemente no creyeron que podrían haber sido infectados con el virus. Es decir, que los adolescentes no saben o no creen que evitar este tipo de procedimientos trae beneficios para la salud, pues esto hace parte de las prácticas preventivas del VIH/SIDA.

Es alarmante encontrar que algunos estudiantes ya han consumido sustancias psicoactivas, y aunque no es un porcentaje alto, se debe prestar atención ya que se trata de adolescentes menores de edad que están explorando este medio, lo

cual no es un buen pronóstico, pues el consumo de sustancias psicoactivas además de traer consecuencias devastadoras a nivel individual y social es también un factor de riesgo a la infección del VIH/SIDA, pues alteran la estructura biológica y psicológica de la persona, lo que les impide tomar decisiones acertadas en aquellos momentos y por consiguiente, pueden caer en factores de riesgo a la infección como tener relaciones sexuales sin protección e intercambiar objetos corto punzantes, como agujas u otros, que hayan estado en contacto con fluidos corporales infectados.

Además, la gran mayoría de los estudiantes ha consumido alcohol en sus fiestas, lo cual al contrastarlo con lo anterior, demuestra que los adolescentes no identifican el alcohol como una sustancia psicoactiva, pues el 85% niega haberlas consumido, pero el 72% afirma que sí ha consumido alcohol en sus fiestas. Dicha situación aumenta el riesgo de infección del VIH/SIDA en los adolescentes, pues están consumiendo una sustancia psicoactiva, sin saber que lo es, y además indiscriminadamente.

A pesar de todos los factores de riesgo a los que se exponen los adolescentes, y sin contar que se encuentran en una época de desarrollo físico donde es necesario llevar un control, la mayoría de ellos no visita al médico, no se realizan chequeos médicos periódicamente y además, cuando lo hacen no exigen que los instrumentos utilizados sean adecuadamente esterilizados.

Durante la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida y son muchas las cosas que se prueban o se intentan por primera vez durante la adolescencia, como por ejemplo las relaciones sexuales o el consumo de psicoactivos. El correr riesgos forma parte natural del crecimiento, pero pueden ser más peligrosos cuando no se asumen medidas preventivas¹⁰⁷.

¹⁰⁷ CELADI, Centro Latinoamericano de Investigación, Ministerio de Salud. Los adolescentes: población vulnerable al SIDA. 1990.

Es importante resaltar que los resultados de esta investigación revelan que la mitad de los estudiantes encuestados ya tienen una vida sexual activa, y es grave descubrir que la mayoría de ellos tienen relaciones sexuales cada vez que tienen novio(a); pues, aseguran que con estos tienen un vínculo afectivo estable; lo cual es discutible, pues la adolescencia es una etapa más de auto-descubrimiento, de clarificación de identidad, de maduración y de construcción personal; marcada por la inestabilidad afectiva y la fluctuación en la imagen de sí mismo, por la inseguridad y la debilidad en la voluntad, por el descubrimiento de la intimidad y la tendencia a la introspección¹⁰⁸, lo que lleva a pensar que los noviazgos en esta etapa difícilmente llegan a alcanzar una vinculación afectiva realmente estable.

Los adolescentes dudan mucho acerca de su propia vulnerabilidad al riesgo de infección por VIH/SIDA, pues sólo algunos de ellos piensan que durante una relación sexual les pueden transmitir el virus; lo cual se ve reflejado en que la mayoría de ellos no se preocupa por indagar acerca del pasado sexual de sus parejas, tampoco exige el uso del condón antes de cada relación y por lo tanto no lo usa; pues según los datos de la encuesta CELADI (Centro Latinoamericano de Investigación), el 73% de los hombres y el 61% de las mujeres adolescentes que han iniciado su actividad sexual no utilizan ninguna protección¹⁰⁹. Lo anterior demuestra que los adolescentes no creen que les pueda ser transmitido el VIH y además, están interpretando o evaluando los comportamientos de salud relacionados con la sexualidad como menos atractivos, en términos negativos, ya que no los usan. Por lo tanto, estos aspectos pueden estar funcionando como barreras para la adecuada realización de la acción preventiva, lo cual es una cuestión alarmante.

El uso del preservativo es una medida preventiva simplista, de urgencia, más no la única; pero no por eso se debe olvidar su uso, elevando la desprotección a un

¹⁰⁸ RAMÍREZ, Carlos Augusto. Los adolescentes y el SIDA. OPS. 2000.

¹⁰⁹ CELADI, Centro Latinoamericano de Investigación, Ministerio de salud. Los adolescentes: población vulnerable al SIDA. 1990.

100% máxime cuando sabemos que los condones no sólo protegen contra el VIH sino también contra otras ETS¹¹⁰.

Por otra parte, una proporción significativa de estudiantes afirma que ha tenido relaciones sexuales con otras personas mientras tienen novio(a), aunque no son todos, es un porcentaje representativo en tanto que las relaciones sexuales ocasionales son un riesgo para contraer la infección del VIH/SIDA. Además, esto demuestra que los adolescentes afirman indiscriminadamente que sus noviazgos son relaciones afectivas estables.

Debido a la gravedad del problema, es de vital importancia suministrar información y orientación sobre el tema a toda la población y en especial a los adolescentes, los cuales son muy susceptibles a esta problemática; lo que puede ser el resultado de haber recibido una información pobre, deficiente y errada del asunto; no saben o no quieren asumir que en el contacto sexual está el mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA¹¹¹.

Sin embargo, se encontró que una tercera parte de los adolescentes realiza prácticas preventivas como indagar por el pasado sexual de sus parejas, exigir el condón antes de cada relación y lo más importante, lo usan en cada una de ellas asegurándose que haya quedado bien puesto. Además, un alto porcentaje de jóvenes no tiene relaciones sexuales luego de consumir sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, éxtasis u otros. Es importante resaltar que estos adolescentes, de alguna manera, perciben la realización de dichas acciones como efectivas y beneficiosas para el mantenimiento de su salud, lo cual ha determinado en ellos el curso particular de estas conductas preventivas.

Lo anterior se puede manejar desde una perspectiva positiva y estratégica, teniendo en cuenta que esta pequeña parte de la población demuestra que sí

¹¹⁰ WINTER, Anne. ONUSIDA. SIDA: Escucha, aprende y vive, campaña mundial contra el SIDA 1999 con los Niños y los Jóvenes, Desafíos para América Latina y el Caribe Brasilia, 25 de febrero de 1999.

¹¹¹ PROFAMILIA. Conocimientos, Actitudes y Comportamientos Sexuales de los Adolescentes. Gerencia de evaluación e investigación. 1993-1994, 35-36p.

posee ciertos estímulos, que según Weistein (1993)¹¹², son imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones y así la acción que estos emprendan sea beneficiosa. Este grupo poblacional puede servir como foco receptivo de la información, a partir del cual se puede trabajar en la orientación de adecuadas prácticas preventivas que a su vez sean transmitidas al resto de la población a través del mismo grupo de pares.

Aunque el porcentaje de adolescentes que compra el condón cuando va a tener relaciones sexuales es similar al de los estudiantes que no lo compran; y aunque reconocen que esto no es responsabilidad sólo de los hombres, se advierten fallas en este aspecto, ya que estos jóvenes pueden estar percibiendo algunas barreras, aspectos negativos o costes personales en dichas conductas, que les impide desarrollarlas de manera preventiva, lo que se convierte en un indicador de alto riesgo.

Este estudio logró identificar que existe una relación proporcional entre los conocimientos y las creencias y entre las creencias y las prácticas que tienen los adolescentes que cursan 10º y 11º en las IE oficiales y no oficiales del municipio de Neiva; lo cual puede indicar que si los adolescentes poseen creencias acertadas en cuanto al VIH/SIDA muy posiblemente ejecuten prácticas preventivas frente al virus y si existen creencias erróneas, éstas pueden invalidar los conocimientos adecuados que posean los adolescentes y con esto hacer que ellos realicen conductas riesgosas al contagio del VIH.

Esta investigación demuestra que no existe una diferencia significativa entre los conocimientos y las prácticas frente al VIH/SIDA que tienen los hombres y las mujeres; sin embargo, en cuanto a las creencias sí es notoria esta diferencia, pues se encontró que en total las mujeres tienen más creencias adecuadas que los hombres acerca del virus.

¹¹² RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Bateria psicométrica para evaluar creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004.

Con respecto al grado escolar existe una gran semejanza de las creencias y las prácticas entre los adolescentes de 10º y 11º, sin embargo presentan una diferencia medianamente significativa en cuanto a los conocimientos, posiblemente porque se ha brindado mayor capacitación a los estudiantes de grado once, quienes son los que demuestran mayores conocimientos respecto al tema.

Es importante resaltar que las creencias en salud que tienen los jóvenes de 10º y 11º respecto al VIH/SIDA son bastante similares; a pesar de ser una muestra bastante amplia (368 estudiantes de IE oficiales y no oficiales), pues es más común encontrar diferencias que igualdad en muestras tan grandes.

Es importante resaltar que existe una gran diferencia entre los conocimientos, las creencias y las prácticas frente al VIH/SIDA que tienen los adolescentes que estudian en IE oficiales con los de IE no oficiales; pues se encontró que tienen más conocimientos y creencias acertadas los estudiantes de los colegios privados. Sin embargo, es cuestionante el hallazgo de que presenten más prácticas preventivas los adolescentes que estudian en colegios públicos, contrario a lo que se plantea en el MCS al considerar que si existen conocimientos y creencias acertadas se pueden desencadenar con mayor facilidad prácticas preventivas en cuanto al VIH/SIDA.

En relación a las prácticas sexuales de los adolescentes frente al VIH/SIDA no se encontraron diferencias significativas entre éstas y el género, el grado escolar y la institución educativa a la que pertenecen (oficial o no oficial); además, es importante resaltar que las prácticas sexuales entre los estudiantes de 10º y 11º son bastante similares, lo cual puede deberse a que se encuentran en la etapa de la adolescencia donde muestran características típicas entre ellos.

Por lo anterior se puede considerar que en cuanto a los conocimientos y creencias los adolescentes de 10º y 11º de la ciudad de Neiva presentan bastantes

falencias, lo cual es preocupante debido a que ellos pueden realizar conductas riesgosas sin saberlo y con esto exponerse al contagio del VIH.

10. CONCLUSIONES

- Al realizar el análisis de los resultados se puede identificar claramente que la mayoría de los adolescentes posee información general acerca del VIH/SIDA, como el significado de las siglas del VIH y del SIDA y la definición de la enfermedad; aunque presentan algunas falencias en la identificación de las formas de transmisión y de prevención del virus.
- Aproximadamente un 80% de los adolescentes encuestados desconocen que los síntomas de la enfermedad del SIDA se manifiestan de 5 a 10 años después de haber contraído el VIH y que en el transcurso de ese tiempo el virus puede ser transmitido sin saber que se es portador; además, tampoco conocen la prueba de laboratorio ELISA para la detección del virus.
- El 68% de los estudiantes reconoce que la prevención a la infección del virus debe ser reforzada mediante campañas educativas.
- Los adolescentes de 10^o y 11^o son una población vulnerable a la infección del VIH/SIDA, pues los resultados de esta investigación identifican que el 49% de estos jóvenes no contempla la posibilidad de contraer el virus y el 43% afirma que su vida sexual no está relacionada con dicha posibilidad.
- El VIH/SIDA es considerado por los estudiantes de educación media vocacional como una enfermedad severa, pues el 72% contempla que sus proyectos se verían afectados si les dijeran que son portadores del virus y además el 62% creen que las personas infectadas deben ser tratadas de una forma especial dentro de la sociedad.

- Los adolescentes encuestados presentan dificultades para percibir los beneficios de las prácticas preventivas, pues consideran que abstenerse de tener relaciones sexuales no es suficiente para prevenir la infección del virus y aún así no utilizan el preservativo ni indagan el pasado sexual de su pareja al tener relaciones; además creen que tener una pareja sexual estable los protegería del VIH.

- La mitad de los estudiantes presentan fuertes barreras para adoptar prácticas preventivas al considerar que el VIH/SIDA se puede prevenir con un adecuado aseo genital y que cuando hay confianza en la pareja no hay necesidad de usar el condón.

- Un alto número de adolescentes perciben claves desencadenantes para la acción, es decir para realizar conductas preventivas; sin embargo éstas pueden ser invalidadas por las falencias que tienen en los conocimientos y por tanto someterse a factores de riesgo frente al VIH/SIDA.

- La mayoría de los estudiantes asegura tener prácticas preventivas como informarse sobre el VIH/SIDA y evitar el intercambio de objetos cortopunzantes de uso personal, los tatuajes, piercings y el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, un número representativo de adolescentes no lleva a cabo este tipo de prácticas, lo cual es bastante significativo teniendo en cuenta que esta investigación se realizó con seres humanos, donde sus acciones tienen directa influencia sobre los demás y por lo tanto deben ser vistos desde una perspectiva biopsicosocial.

- De 368 adolescentes encuestados, 174 ya han iniciado su vida sexual y presentan un gran vacío en cuanto a la realización de prácticas preventivas respecto al conocimiento de la vida sexual de su pareja y el adecuado uso del condón.

- Existe una relación proporcional entre los conocimientos y las creencias, y entre las creencias y las prácticas preventivas frente al VIH/SIDA que tienen los adolescentes escolarizados de 10º y 11º del municipio de Neiva.

- Los estudiantes de 11º poseen más conocimientos que los de 10º, y las mujeres adolescentes poseen creencias más acertadas que los hombres respecto al VIH/SIDA.

- Existe una gran semejanza de las creencias y las prácticas frente al VIH/SIDA entre los adolescentes de 10º y 11º, a pesar de ser una muestra bastante amplia (368 estudiantes de IE oficiales y no oficiales), pues es más común encontrar diferencias que igualdad en muestras tan grandes.

- Los estudiantes de las Instituciones Educativas no oficiales poseen más conocimientos y creencias adecuadas que los adolescentes de las Instituciones Educativas oficiales; sin embargo, estos últimos realizan más prácticas preventivas.

11. RECOMENDACIONES

La sociedad depende de la educación que se le brinde a la juventud (niños y adolescentes). Esta educación requiere, entre otros factores, de un apoyo psicológico continuo, en la medida de lo posible, preventivo.

María Refugio Ríos Saldaña¹¹³

- La información brindada por los medios de comunicación o campañas preventivas contra el virus debe ilustrar al adolescente no sólo en conocimientos básicos acerca del virus, sino en todas las posibles vías de transmisión y en los factores de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas y el contacto con objetos cortopunzantes no esterilizados; además, es muy importante que se profundice en todas las formas de prevenir la enfermedad; pues se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.
- Toda la comunidad es responsable de brindar información sobre la infección por VIH/SIDA a los niños y adolescentes, especialmente los padres y maestros como principales formadores; por lo tanto, deben fortalecer especialmente su calidad humana y además, recibir capacitación tanto en la información necesaria acerca del tema como en estrategias de transmisión de la misma, para que estén preparados adecuadamente y puedan cumplir con los requerimientos que sobre información, prevención y educación exige esta población.
- Se debe identificar a aquellos adolescentes escolarizados que tienen alguna ventaja en cuanto a los conocimientos y prácticas preventivas del VIH/SIDA para que con ellos se realicen grupos reflexivos de trabajo en donde surjan propuestas

¹¹³ RÍOS SALDAÑA, María Refugio. Psicóloga Especialista en Psicoterapia Gestalt con Magíster en Modificación de Conducta. Universidad Autónoma de México (UNAM).

desde sus necesidades y expectativas y así se conviertan los jóvenes en los principales promotores de la prevención de esta enfermedad dentro de su mismo círculo de pares, teniendo en cuenta que en esta etapa se escucha más receptivamente a los amigos, lo cual puede ser utilizado como una estrategia más positiva y eficaz.

- Es importante que todas las Instituciones Educativas Oficiales y No oficiales incluyan en su PEI (Proyecto Educativo Institucional) programas de educación en salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en la prevención del VIH/SIDA bajo los lineamientos establecidos por las políticas públicas nacionales y municipales y teniendo en cuenta los hallazgos presentados por esta investigación. Además no se puede descuidar la búsqueda constante de la actualización de la información y de cómo otros países más avanzados en el tema lo están manejando.
- La educación sexual que se le brinda a los adolescentes debe ser responsable y abierta, sin tapujos, prejuicios, mitos ni mentiras para no dar pie a otras interpretaciones. Debe estar basada en la formación de valores como la autoestima, la autonomía y la empatía; en donde se les enseñe también que la sexualidad va más allá del placer, que es reconocer en sí mismo y en el otro una serie de valores y principios morales, un mundo interior que vale más que el exterior, que lo superficial.
- Es importante que los programas de educación sexual dedicados a la prevención del VIH/SIDA en la población adolescente cambien de la perspectiva simplista de transmitir la información básica de manera técnica hacia una perspectiva más personal e intrapsíquica donde se tengan en cuenta todas las dimensiones del ser humano, y más específicamente las características y necesidades propias de los adolescentes.
- Es importante que los psicólogos(as) actúen en el campo de la construcción de nuevas políticas y estrategias encaminadas a la prevención del VIH/SIDA,

teniendo en cuenta que las conductas son motivadas por procesos internos que se encuentran entre los significados de deseables e indeseables y que por tanto el trabajo que se realice en cuanto a la resignificación de valores respecto a la sexualidad y a la vida cotidiana de los adolescentes generará conductas y prácticas sexuales con estilos de vida más saludables.

- Es necesario atender no sólo las conductas de salud que lleva a cabo el sujeto o las creencias que manifiestan tener, sino también lo que es más importante: la educación en salud (como concepto integral biopsicosocial), pues no se puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables.
- Se debe promover una reflexión e interiorización no sólo de la información respecto al VIH/SIDA sino también de la vida cotidiana de los adolescentes para que puedan realizar una resignificación de valores y comportamientos en torno a ésta, encaminada a la apertura de otras formas más sanas y responsables de vivirla.
- Puede resultar más atractivo promover lo positivo de la sexualidad que homologarla a riesgo inminente y muerte como algo que es natural e inherente al ser humano y que por lo tanto es bueno y positivo para su desarrollo personal.
- El trabajo de diseñar, elaborar, aplicar y evaluar programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud de los adolescentes, grupos y comunidades debe estar orientado bajo una mirada interdisciplinaria donde el psicólogo cumpla un rol fundamental.
- Los programas de educación para la salud deben centrarse en el adolescente como individuo y donde su principal objetivo sea el aumento de la motivación y la potenciación de hábitos saludables con el fin de que estos jóvenes consideren la

salud en si misma como un valor y que es su responsabilidad mantenerla y acrecentarla; es decir, que ellos mismos sientan la necesidad de cuidar de si, de su familia y de toda la comunidad. Lo anterior generará en los adolescentes cambios oportunos en sus valores y prácticas referidas a la salud.

- Es fundamental que las estrategias de promoción en salud dirigidas a los adolescentes incluyan una comunicación persuasiva a través de la cual se brinde la información de manera objetiva, se motive el cambio de actitud y se incluya la planificación de refuerzos contingentes a la emisión de conductas y prácticas de salud.

- En la prevención primaria del VIH/SIDA la intervención psicológica se debe encaminar a la modificación de los comportamientos que ponen a los adolescentes en riesgo de ser infectados, ya sea respecto a la transmisión sexual como al uso de drogas inyectables con intercambio de jeringuillas; teniendo en cuenta que la prevención es una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión y propagación del VIH.

- El Modelo de Creencias en Salud con inspiración cognitivo-conductual es una buena herramienta para tener en cuenta como lineamiento de un programa o estrategia de intervención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el cual considera que las acciones deben estar orientadas al incremento de la susceptibilidad percibida, al tiempo que se incremente también la percepción de los beneficios y la eficacia que puede tener un comportamiento saludable frente a la amenaza de la enfermedad; y así lograr que los adolescentes identifiquen sus comportamientos de riesgo y puedan iniciar modificaciones en su estilo de vida buscando ayuda y asesoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

ARDILA, Rubén, Ph D. Jefe Comité del Código ético del Psicólogo. Código ético del psicólogo. Bogotá-Colombia, 2000.

ALEJO, Alonso. Educar en educación sexual mediante el abordaje y asesoría individual de la sexualidad en los adolescentes. 1994.

ANDER EGG, Ezequiel. Citado por DE CANALES Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, p.134. Ibíd. p.65.

BERNAL B. y Cols, Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país. Chile: 1990.

CABRERA, Gustavo y Cols. Creencias en Salud: historia, constructos y aportes del modelo. Publicado en la Revista Fac. Nac. Salud Pública. Cali, Colombia: 2001, 19 (1) : 91-101.

CAMPOS, A. Método, Plan y Proyecto en la Investigación Social. Colección Salud y Sociedad. Citado por DE CANALES, Francisca H. y Otros. Metodología de Salud. México: Noriega Editores,1997, p.134.

CELADI, Centro Latinoamericano de Investigación, Ministerio de Salud. Los adolescentes: población vulnerable al SIDA. 1990.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. Diario oficial. Edición no.46.383.

DANE. Situación de las ITS en Colombia 1976-2000. Semana Epidemiológica No. 47. Noviembre 18 al 24 de 2001.

DELGADO DE JIMENEZ, Maria Consuelo. Investiguemos. Neiva/Huila: 1999, 259p.

DE CANALES, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997.p.134.

DENISE F. POLIT, Ph D; BERNADETTE P. HUNGLER, Ph D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y métodos. Mc Graw Hill Interamericana, Sexta Edición, 2000.

FAYAD CAMEL, Citado por DE CANALES, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores, 1997, p.134.

HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Segunda edición, 1998.

INSTITUTO COLOMBIANO de Normas Técnicas. Normas colombianas para la presentación de trabajos de investigación, Segunda actualización. Bogota D.C.: INCONTEC, 1996.126 p. NTC 1307

IRIZARRY, ANNABELLE. Conocimientos, creencias y actitudes hacia el SIDA en jóvenes puertorriqueños, presentada en la Conferencia Internacional Sobre Educación en SIDA. Puerto Rico: 1990.

JARAMILLO HERNÁNDEZ, Alba Liz y Cols. Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre la infección VIH-SIDA de los Estudiantes, Profesores y Personal

Auxiliar de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 1996.

KORNBLIT Y OTROS. Y el SIDA está entre nosotros. Ed. Corregidor, Buenos Aires, 1997.

MANRIQUE, Luz Elcy. Sexualidad y Riesgos del SIDA en los Adolescentes de la Comuna No. 2 de Neiva. Tesis Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario. CINDE – Universidad Surcolombiana, Facultad de educación, programa de educación y desarrollo comunitario. Neiva: 1994, p.250.

MASTERS, W. JOHNSON, V. y KOLODNY, R. (1987). La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo (Original, 1985).

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993.

MINISTERIO DE SALUD. SIDA: Prevención en familia, apoyo para la vida. Programa ETS-VIH/SIDA. Bogotá: 2006.

MORENO SAN PEDRO Emilio y cols. Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Revista internacional de Psicología y terapia psicológica. Universidad de Almería. 2003. vol 3. No 1, 94p

NAVARRO LECHUGA, Edgar. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA en adolescentes escolarizados. Barranquilla: 2003.

ONUSIDA. Estado del arte 2000-2005. Colombia, mayo: 2006.

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

ONUSIDA, UNICEF. Niños y Niñas: El Rostro Oculto del SIDA, Un llamamiento a la Acción. Octubre, 2005.

ONUSIDA; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Actualización 2001 Epidemia SIDA. Por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2001.

OPS-OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas CACP sobre Sexualidad “Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en sexualidad y sida/ ETS”. México: 1990

OPS y OMS. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas. Washington D.C., EUA: 23-27 de Septiembre de 2002.

OSPINO RODRÍGUEZ, Jairo Alfonso. Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud. Primera Edición, 2004, p. 77.

PÁEZ, D. Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada aplicados al caso del SIDA. Rev. Psicol. Gen, 1994.

PERDOMO OROZCO, Olga Lucía y PERDOMO OROZCO, Gina Andrea. Conocimientos sobre el VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia. Huila: 2003.

PIÑA LÓPEZ, Julio Alfonso y CORRAL VERDUGO, Víctor. Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA en jóvenes universitarios. Universidad de Sonora de México: 2000.

PROFAMILIA. Conocimientos, Actitudes y Comportamientos Sexuales de los Adolescentes. Gerencia de Evaluación e Investigación. 1993-1994, p.35-36.

PROFAMILIA. ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud). 2005

RAMÍREZ, Carlos Augusto. Los adolescentes y el SIDA. OPS. 2000

RASMUSSEN CRUZ, B., HIDALGO SAN MARTÍN, A. y ALFARO ALFARO, N. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Pública México 45, 2003, supl1:S81-S91

REVISTA ESPAÑOLA de Salud Pública, Vol. 71 No. 4, Madrid: Julio-Agosto, 1997

RODRÍGUEZ, Belkys; CULMA, Maria Yuli; GÓMEZ, Yadira y VIDAL, Tania María. Actitud de las estudiantes de la Facultad de Salud de la USCO frente a los factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Universidad Surcolombiana. Neiva: 2004.

ROKEACH, M. Actitudes, Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Ed. Aguilar, 1976.

RUBIO LEÓN, Diana Carolina. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa Curricular de Psicología. Bogotá: 2004.

RUGIERO, P. y Cols. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y SIDA en adolescentes de Peñalolén. Chile: 1990.

SANTACRUZ M., Juan Carlos. Creencias sobre la toma de citología vaginal en mujeres universitarias en edad reproductiva mediante una batería para evaluar “creencias en salud” en la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana. Tesis de grado Medicina. Neiva: 2006.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Gobernación Del Huila. Consolidado de estadísticas VIH/SIDA. Huila: 1988-2006.

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, Alcaldía de Neiva. Informe epidemiológico, Volumen 3 Número 14. Neiva, Huila: 2006.

SILEO, Enriqueta y Cols. El sida: conocimientos, creencias y actitudes del adolescente. Venezuela: 1990.

STEWART, Lindsay. Boletín Internacional sobre Prevención y Atención del SIDA: Acción en SIDA. En: Colectivo Sol A.C. No. 25. (abril a junio 1995).

UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006 excluidos invisibles, Capitulo IV: Incluir a la niñez. New York. Editorial Patricia Moccia. Pág. 59. 2006.

UNICEF-ONUSIDA. Vive y deja vivir, Campaña Mundial contra el SIDA. Editorial Famisanar, 2000.

USECHE, Bernardo. Criterios básicos de prevención y atención en la infección por VIH/SIDA para el departamento de Caldas. Algunos conceptos sobre educación sexual y prevención de la infección por VIH/SIDA. Fundación para pacientes con SIDA. Universidad de Caldas. Septiembre, 1992. 3p.

VÉLEZ BEDOYA, Rodrigo. Módulo: Taller Número 2 El Proyecto. Postgrado de Gestión Pública. 1999,P.8

WINTER, Anne. ONUSIDA. SIDA: Escucha, aprende y vive, campaña mundial contra el SIDA 1999 con los Niños y los Jóvenes, Desafíos para América Latina y el Caribe Brasilia, 25 de febrero de 1999.

ZARTA DE PLAZAS, Nidia y MONCALEANO GOMEZ, Luz Margot, Construcción de una propuesta a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente al SIDA asumidas por los adolescentes de básica secundaria del colegio INEM de Neiva. Facultad de educación Universidad Surcolombiana, 1997.

ANEXOS

ANEXO A.

CRONOGRAMA DE

ACTIVIDADES

ANEXO B.

CUESTIONARIO

ANEXO C.
CONSENTIMIENTO
INFORMADO

ANEXO D.

**CARTA DE
APROBACIÓN COMITÉ
DE BIOÉTICA EN
INVESTIGACIÓN.
FACULTAD DE SALUD.
UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA**