UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



"ACTITUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE LA PREPARATORIA CBTIS No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. JULIETA ESMERALDA TACHIQUÍN GUTIÉRREZ

ASESOR:
DR. AGUSTÍN CRUZ ZAVALA

AGUASCALIENTES, AGS. ABRIL DEL 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN. PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina familiar No. 1 del IMSS de la delegación Aguascalientes

Julieta Esme<mark>ralda Ta</mark>ch<mark>iquín</mark> Gutiérrez

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"ACTITUD DEL ADOLE<mark>SCENT</mark>E DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/S<mark>IDA</mark> DE LA PREPARATORIA CBTis No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES"

Número de Registro: R-2009-101-6 del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El residente Julieta Esmeralda Tachiquín Gutiérrez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Agustín Cruz/Zavala

i

TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

"ACTITUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE LA PREPARATORIA CBTis No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES"

TESIS PARA OBTENE<mark>R EL GR</mark>A<mark>DO</mark> DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JULIETA ESMERALDA TACHIQUÍN GUTIÉRREZ

DIRIGIDO POR:
DR. AGUSTÍN CRUZ ZAVALA

SINODALES

PRESIDENTE:	1
SECRETARIO:	
VOCAL 1:	
VOCAL 2:	
VOCAL 3:	

DR. ARMANDO SANTACRUZ DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

DR. JOSÉ DE JESÚS VALDIVIA MARTÍNEZ COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme en cada momento de mi vida, así como en mi realización como profesionista, por darme la vida y por inculcarme valores que me han ayudado a salir adelante y apreciar cada momento de mi vida.

A mis hermanos y amigos por ser y formar parte importante de mi vida, y por el apoyo brindado, y por hacerme feliz y fuerte en momentos que han sido difíciles.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS por brindarme la oportunidad de poder llegar a una meta mas en mi vida, por darme salud para así lograr mis metas y sueños, y por estar cuidando de mi siempre, gracias por tu amor infinito.

A mis padres, por darme la vida, cuidar de mí en la infancia y por la educación que con esfuerzos pudieron darme, por su amor incondicional, por creer en mis sueños, por ser mis mejores amigos y por apoyarme en todo momento durante mi formación profesional y personal.

A todos mis maestros, por ayudarme a cumplir un sueño más en mi vida y por compartir tan desinteresadamente sus conocimientos y experiencias, gracias a mi asesor Dr. Agustín Cruz Zavala por guiarme para poder realizar esta difícil tarea.

A TODOS MIL GRACIAS.

RESUMEN

TÍTULO: "Actitud del adolescente de 15-19 años de edad hacia la prevención del VIH/SIDA de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes".

INTRODUCCIÓN: La adolescencia, grupo de edad comprendido de los 10 a 19 años de edad, es una etapa trascendental en la vida de todo ser humano, ya que las acciones realizadas durante la misma se verán reflejadas en la vida adulta con impacto en la sociedad y en la salud pública. En materia de salud pública, es relevante la actitud que asuma el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, al considerar que durante esta etapa una tercera parte inicia su vida sexual activa, esto tiene especial importancia ya que la mayoría de los adolescentes se encuentran en una etapa de proceso de madurez psicológico, social y biológico, lo que conlleva a que muchas de las veces no asuman una actitud favorable hacia la prevención del VIH/SIDA.

La presente investigación se enfoca a determinar el tipo de actitud de asume el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA.

OBJETIVO: Caracterizar la actitud del adolescente de 15-19 años de edad hacia la prevención del VIH/SIDA de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio observacional descriptivo, transversal simple, a un total de 174 adolescentes de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes durante febrero del 2009, con un tipo de muestreo aleatorio simple. Se construyó un instrumento a través de un cuestionario para evaluar las tres áreas de la actitud: cognitiva, afectiva y conductual.

RESULTADOS: Se estudió una muestra probabilística aleatoria simple de 174 adolescentes que participaron en el estudio, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, el rango de edad fue de 15 a 19 años, con una edad promedio de 16 años con una desviación estándar de ±1.064. La mayoría de los adolescentes (98.3%) ha recibido información sobre el VIH/SIDA y la principal fuente ha sido la escuela (76.4%). Al analizar la actividad sexual, 1 de cada 10 respondieron haber tenido relaciones sexuales, 14 hombres y 2 mujeres, sin encontrar diferencias significativas (p=0.03), la edad media para ambos sexos fue a los 15.5 años, 2 de los hombres respondieron haber sostenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo (p=0.001). Con respecto a la utilización del condón, la mayoría (68.75%) respondió que lo ha utilizado todas las veces. Se observó un nivel cognitivo alto del 64.9%, una tendencia afectiva favorable del 91.4% y una tendencia conductual favorable del 93.1%.

CONCLUSIONES: En general se observó una actitud favorable en los tres componentes que se midieron, y solo un adolescente del sexo masculino y del grupo de 16 años de edad presentó una actitud conductual desfavorable para la prevención del VIH/SIDA. Al buscar diferencias estadísticas significativas no se encontraron en cuanto al sexo, edad, año cursado ni turno escolar.

PALABRAS CLAVES. Actitud, adolescente, prevención, VIH/SIDA.

V

INDICE DE CONTENIDO

CA	ARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION				
CA	RTA DE PRESENTACIÓN A SINODALES			ii	
DE	DICATORIA			ii	
AG	RA	DECIMIENTOS		i	V
RE	SUI	MEN		•	V
ÍNE	OICE	DE CONTENIDO			/i
I.		INTRODUCCIÓN		· ·	1
II.		ANTECEDENTES C	IENTÍFICOS		2
III.		PLANTEAMIENTO I	DEL PROBLEMA		3
IV.		JUSTIFICACIÓN		9	9
٧.		MARCO CONCEPT	UAL	1	1
VI.		MARCO TEÓRICO		1	3
	1.	Actitud		1	3
	1.1	Definiciones		1	3
	1.2	Propiedades de las	actitu <mark>des</mark>	1	5
	1.3	Componentes de la	s acti <mark>tudes</mark>	1	5
	1.4	Teorías de la actitud	d	1	7
	1.5	Taxonomía de Bloo	m	1	8
	1.6	Técnicas de medici	ón de las act <mark>itudes</mark>	2	20
	2. Síndrome de Inmunodeficiencia Ad <mark>qui</mark> rida				24
	2.1	Definición		2	24
	2.2 Etiología				!
	2.3	Mecanismos de trai	nsmisión	2	25
	2.4	Prevención		2	?€
VII.	ı	OBJETIVOS		2	29
VIII		MATERIAL Y MÉTOI	oos	3	C
	1.	Plan de recolección	n de información	3	1
	2.	Plan de análisis		3	32
	3.	Análisis de datos		3	32
	4.	Logística		3	3
	5.	Prueba piloto		3	34
	6.	Consideraciones ét	icas	3	34

1/1

IX.	RESULTADOS	35
X.	DISCUSIÓN	44
XI.	CONCLUSIÓN	47
XII.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	48
XIII.	RECOMENDACIONES	49
XIV.	SECCIÓN DE ANEXOS	50
1.	Instrumento de evaluación	51
2.	Cronograma de actividades	56
3.	Carta de consentimiento informado	57
7.	Operacionalización de conceptos	58
XV.	GLOSARIO	61
XVI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia considerada como el grupo de edad comprendido de los 10 a 19 años de edad, es una etapa trascendental en la vida de todo ser humano, ya que las acciones realizadas durante la misma se verán reflejadas en la vida adulta con impacto en la sociedad y en la salud pública. En materia de salud pública, es relevante la actitud que asuma el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, al considerar que durante esta etapa en promedio una tercera parte inicia su vida sexual activa, tanto hombres como mujeres; esto tiene especial importancia al considerar que la mayoría de los adolescentes se encuentran en una etapa de proceso de madurez tanto psicológico, social como biológico, lo que conlleva a que muchas de las veces no asuman una actitud favorable hacia la prevención del VIH/SIDA, ya que se consideran invulnerables ante el problema asumiendo conductas sexuales de riesgo.

La presente investigación se enfoca a identificar el tipo de actitud que asume el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, analizando que tanto conoce el adolescente del VIH/SIDA, y sobre todo con que habilidades cuenta para una prevención efectiva y si realmente aplica sus conocimientos en materia de prevención. Esto es de gran importancia en salud pública, ya que las investigaciones indican que el 17% de los casos de nuevas infecciones de VIH/SIDA pertenecen al grupo de edad de los 15 a 19 años, cifras preocupantes si consideramos que los adolescentes son sexualmente activos en menor grado que los adultos, pero son más proclives a presentar conductas sexuales de riesgo y por lo tanto a tener una actitud desfavorable hacia la prevención del VIH/SIDA con la consecuencia de aumento en el riesgo de contagio.

II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Catacora y cols. estudiaron a 399 adolescentes con edades comprendidas de los 14 a 17 años sobre la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA, utilizando un diseño descriptivo de corte transversal mediante una encuesta autoaplicada, encontrando, que la mayoría de los adolescentes conocen sobre el VIH/SIDA (85%) principalmente en conceptos que se orientan hacia las formas de transmisión del virus, sin embargo, tienen una actitud regular hacia la prevención del VIH/SIDA, ya que se observó que solo el 40% uso condón en sus relaciones sexuales, relacionándolo a que menos de la mitad sabe que el uso del condón es un medio de prevención hacia el VIH/SIDA, por lo que se pone de manifiesto que existen fallas y confusión en aspectos de prevención y protección del VIH/SIDA, respecto al uso del condón, abstinencia o monogamia. ¹

Navarro y Vargas realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal analizando los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales relacionadas hacia la prevención del VIH/SIDA, en 412 adolescentes de 14 a 19 años de edad, donde en general se encontró una actitud desfavorable en cuanto a los conocimientos de prevención de VIH/SIDA, ya que el 70% no sabía que el condón previene del contagio y tampoco sabía como utilizarlo, y únicamente el 15% tenía una actitud favorable presentando conocimientos muy buenos sobre prevención de VIH/SIDA. ²

Villaseñor y cols. realizaron un estudio descriptivo comparativo por estratos socioeconómicos en 1410 adolescentes de 15 a 19 años de edad, encontrando una actitud regular hacia la prevención del VIH/SIDA en los estratos alto y medio contra una actitud desfavorable de los estratos bajo y marginado, lo que se relaciona que entre mayor sea la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA, mayor será el uso constante del condón como método de prevención. ³

TESIS TESIS TESIS

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de Aguascalientes cuenta con un total de adolescentes del rango de 15 a 19 años de 107 007 habitantes (hombres 52 748, y 54 259 mujeres), siendo el total de adolescentes de 227 287, lo que corresponde a un 21.33 % del total de la población.

La población derechohabiente al IMSS dentro del grupo de edad de 15 a 19 años es de 32 244 habitantes, esto con respecto al municipio de Aguascalientes únicamente.

El CBTis No. 168 del estado de Aguascalientes cuenta con 1918 alumnos que oscilan entre los 15 y 19 años de edad.

La población de 15 años y más, en promedio tiene prácticamente la secundaria concluida (grado promedio de escolaridad 8.7) ⁴

La adolescencia irrumpe como categoría de análisis y como un grupo de acción de políticas mundiales desde la década de los ochenta en el ámbito de la salud sexual, esto después de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo. La adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día es evidente que los adolescentes enfrentan serios problemas en materia de salud sexual, como son las infecciones de transmisión sexual en particular el VIH/SIDA. ⁵

Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH/SIDA lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre adolescentes lo que se verá reflejado en una mejor actitud hacia la prevención. ⁶

Análisis de los datos proporcionados por el National Longitudinal Study of Adolescent Health pusieron de manifiesto que entre más de 16 000 adolescente que habían usado preservativo, el 32% de las muchachas y el 40% de los muchachos creían que el extremo de éste debía ajustarse totalmente al glande; cerca del 28% y 33% respectivamente, no sabían que no se puede usar vaselina con los preservativos de látex; y alrededor del 15% y 24% respectivamente, ignoraban que los preservativos de látex son más eficaces contra el VIH/SIDA que los de tripa de carnero. Los datos indican que es probable que los adolescentes estén subvalorando tanto la gravedad de la infección por VIH/SIDA, como sus propios de riesgos de contagio, esto explicado por la inmadurez que caracteriza a ésta etapa de vida. Además de la falta de conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA, es posible que tengan falta de habilidades para practicar sexo seguro (abstinencia sexual, uso correcto y continuo del preservativo). Naturalmente los adolescentes que tienen una actitud desfavorable hacia la prevención del VIH/SIDA, son los más proclives a tener

TESIS TESIS TESIS

conductas sexuales de riesgo y por consiguiente mayor vulnerabilidad a contagiarse del VIH/SIDA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en el mundo contemporáneo las condiciones de vida para muchos adolescentes han cambiado y con ello su patrón de conducta sexual, lo que repercute en la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA, reflejándose en un aumento de riesgo para VIH/SIDA. ⁸

México esta situado en el décimo tercer lugar en América, respecto al número de casos de VIH/SIDA reportados. Los adolescentes son particularmente vulnerables al VIH/SIDA debido a una actitud desfavorable hacia la prevención de ésta enfermedad. Se ha reportado que el SIDA constituye la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 25 a 34 años en hombres y la séptima en mujeres, lo cual implica que contrajeron el virus en la adolescencia. 9

Se cuenta con sistemas de atención a la salud ya establecidos enfocados hacia la prevención del VIH/SIDA, como son:

Centro de Orientación para Adolescentes (CORA): es una organización no gubernamental fundada desde 1978 cuya misión es la de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en las áreas de salud sexual, reproductiva e integral a través de la promoción de la salud.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM): es una asociación civil que busca conservar la presencia en las áreas más necesitadas del país, llevando información, educación y servicios clínicos de calidad en salud sexual y reproductiva a los grupos de población vulnerable, las mujeres y los adolescentes.

Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) de la Secretaria de Salud: programa dirigido a la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad, incluye un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes, incluyendo temas como salud sexual y reproductiva, entre otras.

Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el medio Rural e Indígena (MAISAR): programa creado por el IMSS, tiene como objetivo proporcionar salud integral al adolescente, con la finalidad de favorecer el surgimiento de actitudes responsables, así como de una sexualidad bien orientada.

Centro de Atención Rural para Adolescentes (CARA): es una estrategia del MAISAR que representa un espacio dentro de las unidades médicas rurales y los hospitales rurales de IMSS-

4

a lesia lesia lesia lesi

Oportunidades dedicado a los adolescentes. Está especialmente acondicionado para crear un ambiente amigable en el que los jóvenes puedan reunirse, participar en sesiones educativas e intercambiar ideas con el personal de salud a través de actividades diversas.

Guía para el Cuidado de la Salud del Adolescente de 10 a 19 años de edad del IMSS: es una guía del programa PREVENIMSS donde se refiere al cuidado del adolescente con temas acerca de educación para la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de enfermedades, salud reproductiva y esquema básico de vacunación, todo esto enfocado al adolescentes.

NOM-016-SSA1-1993: Norma Oficial Mexicana que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex.

NOM-010-SSA2-1993: modificación de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

La actitud desfavorable que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA por lo general es consecuencia de su falta de madurez desde el punto de vista psicológico, social y emocional, lo que provoca que muchos inicien una vida sexual activa precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte la conducta sexual de los adolescentes en prácticas de riesgo haciéndolo vulnerable a la infección por VIH/SIDA. 10

La falta de información y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición del VIH/SIDA, esto como consecuencia de la actitud desfavorable que presenta el adolescente. Además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que ellos mismos son invulnerables. ¹¹

Una revisión sobre uso y necesidad de los preservativos estimó que se deberían utilizar anualmente 24 000 millones de preservativos en el mundo; pero, solo lo usa una tercera o cuarta parte, entre 6 000 y 9 000 millones por año. ¹²

Estudios señalan que la frecuencia del uso del preservativo en la población adolescente, es mayor en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa Occidental en promedio del 60%, comparado con un promedio del 46% en países de América Latina, incluido México; ésta discrepancia se debe básicamente a factores culturales y socioeconómicos. Así mismo, existe

también una discrepancia importante; ya que muchos de los adolescentes conocen, en promedio el 85%, que el VIH/SIDA se transmite por contacto sexual y que se previene con el uso del preservativo; sin embargo, se observa un uso deficiente del preservativo demostrando la actitud negativa que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. 12,13,14,15

La infección por el VIH/SIDA ha crecido considerablemente con una estimación actual de 65 millones de infecciones. Durante el 2005 se ha estimado 4.1 millones de nuevos infectados. Entre los 15 años o más, los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en el 2006. El crecimiento constante de la epidemia del SIDA se sustenta más que en las deficiencias de las estrategias de prevención, en la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA asumida por los adolescentes. ⁶

Uno de los peligros más importante e inmediatos para la salud y el bienestar de los adolescentes es la posibilidad de contraer el VIH/SIDA, como consecuencia de la actitud desfavorable hacia la prevención que tiene el adolescente. Desde una perspectiva económica y social, siguen cobrando un tributo significativo en los adolescentes y finalmente en la sociedad. Teniendo en cuenta que los adolescentes infectados pueden pasar mucho tiempo sin ser conscientes de su seropositividad, lo que multiplica las oportunidades de transmisión, por lo que se convierte en una prioridad de la salud pública llevar a cabo acciones encaminadas a modificar la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA en los adolescentes. Según investigaciones, en torno al 17% de todos los casos de SIDA que se conocen procede de la infección por el VIH/SIDA en el segundo decenio de vida; es decir, entre los 10 y 19 años de edad. Este resultado es especialmente preocupante habida cuenta de que el grupo de población de adolescentes es menos activo sexualmente que el grupo de adultos; aún así, la mayoría de los contagios del VIH/SIDA se debe al contacto sexual. ⁷

En un estudio realizado se encontró que el 9% no conoce adecuadamente las formas de prevención y transmisión del VIH/SIDA, a diferencia de un 15% que conoce excelentemente estos parámetros; el 98% tiene actitud positiva frente al tema del VIH/SIDA, el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, manifestando una actitud desfavorable hacia la prevención, ya que el 82.5% refirió no usar siempre el condón; el 47% considera que su riesgo de contagio es nulo o muy bajo; el 92% afirmó que recibe información sobre sexualidad de manera frecuente, sin embargo refieren que la información recibida no satisface todas sus dudas, inquietudes y necesidades.²

El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes es en general regular (46%), principalmente en conceptos que se orientan hacia las formas de transmisión del virus, sin

embargo, existen fallas y confusión en aspectos de prevención y protección del VIH/SIDA, respecto al uso del condón, abstinencia o monogamia. ¹

La infección por VIH/SIDA se contempla como una enfermedad crónica que genera un gran costo a los sistemas de salud, por lo que se insiste en acciones enfocadas a modificar la actitud desfavorable que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. El no realizar estas acciones podría implicar 45 millones de nuevos casos de VIH/SIDA para el 2010. ^{6,16}

Estos hallazgos nos deben de llevar a explorar y profundizar en los elementos que influyen en la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, así como su integración a las campañas de prevención en las que ya se ha contemplado: a) la promoción, la abstinencia sexual o retraso en su inicio hasta conseguir una pareja estable, b) ofrecimiento de entrenamiento en técnicas y habilidades para evitar prácticas de alto riesgo, c) apoyo de servicios de salud, d) mensajes para incrementar la autopercepción de riesgo, y e) disponibilidad de condones gratuitos y ejercicio de sexo seguro. Todo esto podría dar como resultado una mayor reducción de prácticas de alto riesgo y un incremento en el uso del condón, mejorando así la actitud del adolescente y ampliando su conocimiento sobre el VIH/SIDA. 3,17

Una variedad de factores sitúa a los adolescentes en el centro de la vulnerabilidad al VIH/SIDA, entre ellos la falta de información, educación y servicios sobre el VIH/SIDA, y los riesgos que acompañan a la experimentación y curiosidad sexual por la que atraviesan en esta etapa de la vida, todo esto conlleva a una actitud desfavorable hacia la prevención del VIH/SIDA. Aquellos adolescentes que conocen algo acerca del VIH/SIDA a menudo presentan una actitud desfavorable, ya que no se protegen pues carecen de habilidades o medios para adoptar conductas seguras. ⁶

Bandura en 1977 destaca el papel que tienen las creencias en el comportamiento; en situaciones de actitud hacia la prevención, las creencias que un adolescente desarrolla sobre su competencia para rechazar ofrecimientos sexuales o usar protección, permiten determinar lo que puede hacer con su conocimiento y las habilidades aprendidas. De esta forma, su comportamiento final se verá reflejado en la actitud que se tenga hacia la prevención del VIH/SIDA. ¹⁶

Según Byrme en la teoría de la Secuencia del Comportamiento Sexual que intenta integrar los enfoques biológico, social y psicosexual que incluyen una serie de procesos individuales de excitación, afectividad y cognitivos, son afectados por fuerzas culturales o sociales y a su vez son causa de los comportamientos sexuales individuales. Fisher aborda este modelo en la adolescencia y su repercusión en los comportamientos sexuales, lo cual se verá reflejado en la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA. ⁸

La literatura científica sobre la prevención del VIH/SIDA muestra que algunos factores psicosociales como los conocimientos y la comunicación sobre sexualidad tanto a nivel de la persona como en el contexto cultural, afectan y predicen la actitud altamente riesgosa en adolescentes sexualmente activos. En un estudio llevado a cabo por Lerner & Galambos (1998) acerca de normas y conductas respecto al VIH/SIDA se muestra que los mitos que se transmiten tradicionalmente en escuelas, la iglesia y la familia llevan a mucha confusión entre los adolescentes repercutiendo en la actitud desfavorable hacia la prevención del VIH/SIDA. 9

El preservativo masculino junto con el femenino son los únicos recursos preventivos, cuyo uso correcto y sistemático en las relaciones sexuales con penetración evita una gran variedad de enfermedades de transmisión sexual, especialmente la infección por VIH/SIDA, sin embargo, la actitud que muestra el adolescente con respecto a su uso, representa uno de los más importantes frentes de estudio para la prevención del VIH/SIDA. En la actualidad se considera que los conocimientos y las actitudes positivas con las que cuente el adolescente, se verán reflejados en una adecuada prevención del VIH/SIDA. El mejor conocimiento de las variables del comportamiento sexual del adolescente contribuirá a mejorar las estrategias de intervención y prevención del VIH/SIDA. ¹⁸

De lo antes referido surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud del adolescente de 15 a 19 años de edad hacia la prevención del VIH/SIDA de la preparatoria CBTis No. 168 del estado de Aguascalientes?

TESIS TESIS TESIS

IV. JUSTIFICACIÓN

La pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha presentado un aumento progresivo en nuestro país, lo que resulta preocupante no sólo por tratarse de una enfermedad incurable hasta el momento, sino por sus efectos en la calidad de vida tanto de los afectados como de la población en general, por lo que se considera un problema de salud pública para el país.¹⁹

Diversos estudios muestran que una proporción importante de adolescentes mexicanos practican relaciones sexuales exponiéndose a la infección por VIH, la mayoría (92.3%) de los casos de SIDA reportados se infectó en la adolescencia o juventud y en 78% de ellos fue por contacto sexual, lo que refleja una actitud desfavorable del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. Así también; el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, alrededor del 33% entre los 15 y 19 años han referido tener relaciones sexuales alguna vez en su vida. Ante estos hechos, las autoridades en salud pública en México tienen como prioridad enfocar estrategias hacia un cambio en la actitud desfavorable que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. ¹⁷

La infección por VIH/SIDA se contempla como una enfermedad crónica que genera un gran costo a los sistemas de salud, por lo que se insiste en acciones enfocadas a modificar la actitud desfavorable que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. El no realizar estas acciones podría implicar 45 millones de nuevos casos de VIH para el 2010. 6,16

Los adolescentes son particularmente susceptibles a la infección por VIH/SIDA por sus características físicas, psicológicas y sociales, principalmente porque es el momento en el que inician las relaciones sexuales, donde el mayor riesgo esta relacionado con la creencia de invulnerabilidad que manifiesta el adolescente y en un limitado conocimiento sobre el VIH/SIDA, lo que lleva a una actitud desfavorable hacia la prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, los adolescentes se convierten en el marco idóneo para el fomento de estrategias de prevención para conseguir modificar cambios en la actitud y conducta hacia la prevención del VIH/SIDA. 1,14,20

El futuro de la epidemia del VIH/SIDA está en manos de los adolescentes, porque la actitud hacia la prevención que adopten ahora y mantengan durante toda su vida sexual determinará la evolución de la epidemia en las próximas décadas. El comportamiento de los adolescentes dependerá en gran parte de la información y los conocimientos que obtengan en el tema de la prevención. La actitud hacia la prevención de los adolescentes ha recibido cada vez mayor

atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de los adolescentes, y sus potenciales repercusiones en su bienestar. ^{13,15}

El presente estudio se ubica dentro de los programas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en lo que respecta al Programa de Atención del Adolescente de PREVENIMSS.



TESIS TESIS TESIS

V. MARCO CONCEPTUAL

Actitud

Rodríguez, A. (1991) la define como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. ²¹

Rodríguez distingue tres componentes de la actitud:

Componente cognoscitivo: para que exista una actitud es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará a la intensidad del afecto. ²¹

Componente afectivo: es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. ²¹

Componente conductual: es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. ²¹

Adolescencia

Se ha definido como un proceso de transición entre la infancia y la edad adulta (Coleman & Hendry, 1990; Frydenberg, 1997). El concepto de transición hace referencia al período de cambio, crecimiento y desequilibrio que funciona como puente entre un punto relativamente estable en la vida del ser humano y otro relativamente estable, pero diferente. La adolescencia representa la transición de la inmadurez física, psicológica, social y sexual de la infancia, a la madurez de la vida adulta en estas mismas dimensiones del desarrollo. Esta transición tiene su origen en los cambios hormonales propios de la pubertad los cuales interactúan con diversos factores individuales, familiares y sociales para facilitar el éxito o fracaso en las tareas de desarrollo propias de esta edad (Kimmel y Weiner, 1995; Coleman y Hendry, 1990; Frydenberg, 1997; Steinberg y Morris, 2001). La

Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana que comprende de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años de edad. ²²

Prevención

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

SIDA

Según los Centers for Disease Control (CDC) la definición para adultos y adolescentes (13 años y más) se basa en la observación inicial de que los pacientes con SIDA desarrollan ciertas enfermedades por oportunistas secundarias a un defecto específico del sistema inmunológico en un componente mediado por células. En ausencia de cualquier otra causa de la disfunción de inmunidad celular presente, el diagnóstico de una de 12 enfermedades por oportunistas se considera indicador de SIDA. Se agrega a la definición, todas las personas infectadas por VIH con menos de 200 células CD4/mm³, o porcentaje de células CD4 en la cuenta total de linfocitos menor de catorce. ²³

VI. MARCO TEÓRICO

1. ACTITUD

1.1 Definiciones

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se pueden encontrar. A continuación se señalan las que más se apegan a esta investigación:

Fishbein y Ajzen (1975) mencionan que la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud. ²⁴

Thurstone (1976) menciona que el concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico. ²⁴

Rodríguez, A. (1991) la define como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. ²¹

Fishbein y Middlestadt (1995) mencionan que en general las creencias que se tienen sobre un objeto determinado son la base de las actitudes, y que cuando no hay conocimiento hacia un objeto esto influye en forma directa sobre las actitudes. ²⁵

Cantero (1998) la refiere como una disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos. ²⁴

Morales (2000) define actitud como una predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.). ²⁴

Ajzen y Fishbein (2000) mencionan que cada creencia esta asociada a un atributo que se le va a dar a un determinado objeto; así la actitud de una persona hacia un objeto esta determinada por la subjetividad de los valores. Aunque las personas pueden formar diferentes creencias acerca de un objeto, se supone que solo las creencias que sean fácilmente accesibles en la memoria de la persona, son las que influyen en un determinado momento en la actitud. ²⁵

Existe consenso entre los teóricos en afirmar que la actitud es una predisposición aprendida a comportarse de manera favorable o desfavorable frente a una entidad particular, en este caso la prevención del adolescente hacia el VIH/SIDA. Es decir, si el adolescente hace una evaluación positiva hacia la prevención del VIH/SIDA, entonces su actitud hacia ella es positiva o favorable, esperándose también que sus manifestaciones de conducta hacia ella sean en general favorables o positivas; mientras que si la evaluación es negativa, las actitudes hacia la prevención del VIH/SIDA serán negativas o desfavorables. En general, las actitudes son aquellas que expresan algún grado de aprobación o desaprobación, gusto o disgusto, acercamiento o alejamiento. ²⁶

Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes; de todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular que denota las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Destacan entre estos aspectos:

- 1. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas (Tejada y Sosa, 1997). Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal. ²⁴
- 2. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente. (Morales, 1999). ²⁴
- 3. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo. ²⁴
- 4. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien. Cualquier cosa que se pueda convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1999). ²⁴

- 5. Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual. ²⁴
- 6. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables. ²⁴
- 7. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado (Eiser, 1989). ²⁴
- 8. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas. ²⁴
- 9. Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual. ²⁴
- 10. Esta conceptualización proporciona indicios que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros. Las actitudes se diferencia de los valores en el nivel de las creencias que las componen; los valores trascienden los objetos o situaciones, mientras que las actitudes se ciñen en objetos, personas o situaciones específicas. Se diferencian de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y no se determinan en un solo acto, como el caso de los instintos. Se distinguen de la disposición por el grado de madurez psicológica; la actitud es más duradera, la disposición es más volátil. La actitud difiere de la aptitud en el grado de la integración de las distintas disposiciones. La aptitud es la integración de varias disposiciones; la actitud es la unión de varias aptitudes, lo que se expresa con una fuerte carga emocional. Por su parte el hábito, referido a acción, se integra a las aptitudes para brindar mayor solidez y estructura funcional a las actitudes (Alcántara, 1988). ²⁴

1.2 Propiedades de las actitudes

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan:

- a) Dirección (positiva o negativa)
- b) Intensidad (alta o baja)

Estas propiedades forman parte de la medición. 27

1.3 Componentes de las Actitudes

Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos

al determinar que clase de reacción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible. Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: ^{25,28}

- Componente cognoscitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe de la prevención del VIH/SIDA del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado de ella favorece la asociación al sujeto. ²⁸
- Componente afectivo: es el sentimiento que despierta en el individuo la prevención hacia el VIH/SIDA. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, estas pueden ser positivas o negativas o de agrado o desagrado. Con frecuencia se presenta a continuación del componente cognoscitivo lo que hace pensar que la aparición de un sentimiento es posterior al conocimiento. 28
- Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia la prevención del VIH/SIDA, es cuando surge una verdadera asociación entre sujeto y objeto.

Las actitudes son aprendidas, en consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales (hambre, sed, etc.) que no son aprendidos. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Muchas de nuestras actitudes no cambian radicalmente de un día para otro, ni aún de un mes a otro. Esto no significa, que las actitudes no puedan ser cambiadas; quiere decir que, en su mayor parte las actitudes son relativamente duraderas. Las actitudes son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular, en este caso hacia la prevención del VIH/SIDA.

Las actitudes se forman en una de varias situaciones: 1) la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre si, 2) trauma o experiencias dramáticas, y 3) por la adopción de actitudes convencionales. El individuo desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que sostienen la misma actitud, mas que como resultado de una experiencia nueva (Allport, 1935). ²⁹

La actitud favorable que presente el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA representa el final de un complejo proceso de toma de decisiones que está condicionado por toda una serie de factores cognitivos, psicosociales y ambientales (D´Angelo y DiClemente, 1996). Un factor que puede influir en la adopción de actitudes favorables hacia la prevención del VIH/SIDA por parte de los adolescentes es su nivel de conocimientos acerca de la prevención (Rotheram-Borus, Mahler y Rosario, 1995). Es necesario que los adolescentes tengan unos conocimientos precisos sobre la

prevención del VIH/SIDA para que sean capaces de identificar las prácticas seguras, pero las teorías conductuales de reducción de riesgos frente al VIH/SIDA (Fisher y Fisher, 2000) y los datos empíricos señalan que esos conocimientos, por sí solos, pueden no ser suficientes para inducir a los adolescentes a adoptar conductas preventivas (Lanier, Pack y DiClemente, 1999; DiClemente, 1992; DiClemente y Peterson, 1994), y con esto una actitud favorable hacia la prevención del VIH/SIDA. ⁷

1.4 Teorías de la Actitud

En el estudio de las actitudes existen diversas teorías entre la que destacan las siguientes:

Teoría de la Congruencia: Defiende la idea de que las actitudes más arraigadas son más difíciles de cambiar que las de fuerza moderada o débil, se basa en el concepto de que las personas tratan de ver al mundo como algo ordenado y congruente y que ajustan sus actitudes para conservar dicha congruencia. Dentro de las teorías sobre la congruencia la teoría de disonancia cognoscitiva es la más importante. Se basa en el concepto de que las personas tratan de conservar ciertas congruencias entre actitudes, opiniones, conocimientos y valores y existe un límite para el grado de incongruencia que la gente tiende a tolerar. Cuando uno de nuestros actos cognoscitivos (ideas, conocimientos) se interfiere o está implícita en otra, se le denomina consonancia, (el éxito conduce al progreso). 30,31

Teoría de la Acción Razonada: Descrita por Fishbein y Ajzen en 1967, la cual ha sido refinada, probada y desarrollada por los mimos actores en 1975, 1980 y por Morales en 1999, se trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos, que se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. Además dicha teoría menciona que la actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias que la persona mantiene hacia dicho objeto. En donde debe haber una probabilidad y un deseo, debe existir un equilibrio o una relación estrecha entre los dos para que la actitud sea positiva, si no se mantiene esta relación la actitud será entonces negativa. 30,32

Fishbein y Ajzen en la Teoría de la Acción Razonada integran el concepto de actitud en un modelo basado en explicar la intención hacia la conducta. Definen la actitud como una predisposición aprendida para responder de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado. De esta definición podemos extraer las características fundamentales que distinguen la actitud de otros conceptos: se diferencia de las creencias porque éstas son asociaciones o conexiones que las personas establecen entre un objeto o varios atributos, por lo que su dimensión esencial es cognitiva, mientras que la característica central de la actitud es

evaluativo-afectiva (Fishbein y Ajzen, 1975 y Eagly y Chaiken, 1993). La actitud siempre es una preferencia o un rechazo sobre un objeto social concreto, y por tanto, supone la predisposición a actuar. Es decir, tiene un componente afectivo, los sentimientos hacia ese objeto y sus atributos, y consta de un componente conductual, todo tipo de respuesta o acción con que se manifiesta la actitud hacia un objeto, situación, persona o grupo en cuestión. ^{33,34}

<u>Teoría de la Acción Planeada:</u> Descrita por Ajzen en 1985 fue desarrollada a partir de la teoría de la acción razonada, ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. En esta teoría se identifican varios componentes importantes como son: la actitud, norma subjetiva y percepción del control, que condicionan una intención y posterior una conducta, todo este proceso se ve influenciado por las creencias, la evaluación de las mismas y por la motivación en complacer a otros. ³⁵

Teoría de la Atribución: Descrita por Fritz Heider en 1958, es un método que se puede utilizar para evaluar cómo la gente percibe el comportamiento de sí mismo y de la demás gente. La teoría está referida a como la gente genera explicaciones causales, Heider dice que todo comportamiento se considera que será determinado por factores internos o externos. Atribución externa: la causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza exterior, donde el comportamiento está influenciado por éstas causas externas, por lo tanto, no se siente responsabilidad por el comportamiento. Atribución interna: la causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza interior, por lo que el comportamiento es elegido por uno mismo, es decir, no está influenciado por factores externos, y por lo tanto, si hay una responsabilidad de tal comportamiento. Kelley en 1967 profundizó sobre la teoría de Heider agregando hipótesis sobre los factores que afectan la formación de las atribuciones; Consistencia de la información: el grado en el cual el agente adopta el mismo comportamiento ante un evento en diferentes oportunidades, Distinción de la información: el grado en el cual el agente adopta diversos comportamientos ante diversos eventos, Información concensuada: el grado en el cual otros agentes adoptan el mismo comportamiento ante el mismo evento.

1.5 Taxonomía de Bloom

Descrita por Benjamín S. Bloom en 1956 quien divide en tres dominios la forma en que las personas aprenden: cognoscitivo, afectivo y psicomotor. El dominio cognoscitivo incluye aquellos objetivos que se refieren a la memoria o evocación de los conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades técnicas de orden intelectual. El dominio cognitivo a su vez esta dividido en categorías o niveles. Las palabras claves que se usan y las preguntas que se hacen pueden ayudar en establecer y estimular el pensamiento crítico. El dominio afectivo incluye aquellos

objetivos que describen cambios en los intereses, actitudes y valores, el desarrollo de apreciaciones y una adaptación adecuada; en relación con los sentimientos y emociones interiores manifestados hacia una conducta determinada. Dentro del dominio psicomotor se clasifican fundamentalmente las destrezas, son conductas que se realizan con precisión, exactitud, facilidad, economía de tiempo y esfuerzo. ³⁷

La taxonomía representa las conductas propuestas en relación con actos mentales o con el pensamiento. Un principio de la taxonomía es que ésta debe de responder a un desarrollo lógico y ser internamente coherente entre los tres dominios. Así como en la presente investigación donde se trata de determinar el conocimiento, la actitud y la conducta del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA y su relación hacia una actitud favorable o desfavorable. ³⁷

A lo largo de toda la taxonomía, uno de los principales hilos conductores parecería ser una cierta escala de progresiva conciencia o lucidez. Así, por ejemplo, los comportamientos incluidos en el dominio cognoscitivo se caracterizan principalmente por un alto grado de conciencia en el sujeto que muestra tales conductas, mientras que los comportamientos correspondientes al dominio afectivo son manifestados más a menudo por individuos que presentan un nivel de comprensión o lucidez mucho más bajo. Además, especialmente en el dominio cognoscitivo, parecería que cuanto mayor es la complejidad de los comportamientos, mayor es también la conciencia que el individuo tiene de ellos. Con lo anterior, se demuestra que mientras mayor es el nivel de conciencia mayor será el comportamiento favorable que se tenga hacia un objeto en particular, esto pudiera explicar porque las conductas, especialmente las afectivas, son tan difíciles de aprender. ³⁷

La Taxonomía de Bloom se convierte en una herramienta útil en materia de la actitud que muestra el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, es decir, cuando el adolescente se enfrenta por primera vez ante una situación hacia la prevención del VIH/SIDA requerirá un comportamiento de resolución de cuestiones bastante complejo, mientras que no exigirá más que una simple evocación si ya ha pasado por una experiencia de aprendizaje en la cual esta misma situación fue analizada y discutida. De este modo se puede relacionar entre sí los conocimientos que posee el adolescente sobre la prevención del VIH/SIDA y las conductas que muestra para la prevención del VIH/SIDA. ³⁷

El dominio cognoscitivo es el que contiene los comportamientos de recordar, razonar, resolver problemas, formar conceptos y, aunque en una medida limitada, pensar creativamente. Los objetivos cognoscitivos se dividen para su mejor estudio, en dos partes, una abarca el comportamiento simple de recordar o evocar conocimientos; los seres humanos son

esencialmente racionales y esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. La otra parte abarca los comportamientos más complejos de determinadas actitudes y habilidades técnicas. ³⁷

Al decir conocimiento significa que el adolescente puede dar muestras de recordar alguna idea sobre la prevención del VIH/SIDA con las cuales se encontró en el curso de su experiencia. En este caso se podría pensar que el conocimiento es algo clasificado o almacenado en la mente. Esto es importante en materia de prevención hacia el VIH/SIDA, ya que los adolescentes pueden ser capaces de aplicar la información a situaciones de prevención del VIH/SIDA. ³⁷

La Escala de Bloom en su primer nivel que es el conocimiento, lo describe como la capacidad de recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. A los efectos de su medición, la capacidad de recordar no implica mucho más que hacer presente el material apropiado en el momento preciso. ³⁷

El principal propósito de la taxonomía es facilitar la comunicación, dicha de otra manera, comprender de manera más completa la relación entre las experiencias que tiene el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA. 37

Se señala que no se intenta clasificar los métodos de enseñanza usada, sino la manera en que los adolescentes deberán actuar, pensar o sentir hacia la prevención del VIH/SIDA. Es decir, las conductas en relación con actos mentales o con el pensamiento. ³⁷

El objetivo del presente estudio es explicar e identificar, a partir de la Taxonomía de Bloom; en sus tres dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor (conductual), la actitud probable del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, pues en los estudios que se han realizado sobre actitudes del adolescente hacia la prevención del VIH, los resultados indican que independientemente de los conocimientos que tenga el adolescente en materia de la enfermedad y prevención de la misma, la conducta que manifiesta no esta en congruencia.

1.6 Técnicas de medición de las actitudes

Existen numerosos métodos para la evaluación de las actitudes, entre los que se encuentran los descritos por Guttman, Bogardus, Thurstone, Likert y la escala de diferencial semántico de Osgood. Con ellos se trata de mostrar que estas actitudes son siempre resultados obtenidos por un examen de las creencias o intenciones y sus correspondientes evaluaciones. ³⁸

Es importante considerar que no en todas las situaciones las actitudes cumplen una función predictiva de la conducta humana; el hecho de que esta constituya una disposición a la reacción, no significa que siempre va a ser correspondiente con ella, pueden influir la situación específica en la que se encuentra el sujeto a la hora de actuar, el aprendizaje de conductas, normas grupales, características individuales, o las consecuencias previsibles de la conducta. No obstante, es innegable que las actitudes juegan un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones y en las acciones concretas de los seres humanos. ³⁹

A continuación se describirán las principales técnicas de medición de las actitudes, haciendo énfasis en la técnica de Likert ya que el presente trabajo se basa en esta técnica para la evaluación de las actitudes de los adolescentes hacia la prevención del VIH/SIDA.

1.6.1 Escala de la Distancia Social de Bogardus

La escala de distancia social del sociólogo Emory Bogardus, fue utilizada por primera vez en 1926, esta permite definir el grado de conocimiento, simpatía o intimidad hacia los diferentes grupos, a partir de siete dimensiones que van de la aceptación (un grupo alto de aceptación de relacionarse íntimamente) al rechazo (la negación a cualquier tipo de negación). 38

La escala de distancia social fue diseñada para medir probables conductas expresadas a partir de las primeras reacciones sentimentales de los entrevistados, bajo el supuesto de que ello revela las actitudes y las conductas de larga duración; sin embargo, la técnica aunque determina los resultados de las actitudes, no permite profundizar en las causas y efectos que se asocian a las prácticas de discriminación. ³⁸

1.6.2 El Escalograma de Guttman

Desarrollado por el investigador Luis Guttman en 1976, esta escala está constituida por afirmaciones referentes a una misma dimensión acerca del objeto de actitud, las cuales varían en intensidad. Acerca de estas afirmaciones se solicita la reacción del sujeto consultado. ³⁸

La principal propiedad del escalograma de Guttman es la unidimensionalidad. Las categorías de respuesta deben variar entre dos o más categorías, de manera similar a la escala de Likert. Para analizar los datos obtenidos a través del escalograma de Guttman se utiliza una técnica llamada técnica d Comell. ³⁸

Si el sujeto consultado reacciona favorablemente ante una afirmación, entonces deberá reaccionar favorablemente ante aquellas menos intensas. El punto donde el sujeto deja de reaccionar favorablemente respecto a las afirmaciones se denomina "punto de corte". Las

inconsistencias en las respuestas de los sujetos, vale decir aquellas respuestas que rompen el patrón de intensidad, se denominan errores o rupturas. ³⁸

1.6.3 El Escalamiento Psicológico de Thurstone

Según el número de dimensiones implicadas tenemos:

<u>Los métodos de escalamiento unidimensional:</u> son aquellos métodos que posicionan las diferentes entidades en una única dimensión. ³⁸

<u>Los métodos de escalamiento multidimensional:</u> son aquellos métodos que posicionan las entidades bajo dos o más dimensiones simultáneamente. ³⁸

Los primeros fueron formulados por *Thurstone* bajo el nombre de *Método de comparaciones binarias*, aunque este no fue el único método desarrollado por este autor, sí fue el método que dio inicio a lo que llamamos *Escalamiento* psicológico y que permitía representar los objetos en una dimensión psicológica. Aunque esto era muy interesante en Psicología, con el tiempo se vio que presentaba una seria limitación: la mayoría de las variables en Psicología eran multidimensionales y, en consecuencia, los objetos debían ser escalados no sólo en una dimensión, sino en todas aquellas dimensiones consideradas por los sujetos. Thurstone estudió los delitos y los escaló en una dimensión de gravedad, pero observó que las personas no sólo percibían los delitos por su gravedad, sino que también lo hacían respecto a otras dimensiones, como la dirección de los mismos. Por esta razón, el modelo de Thurstone resultaba incompleto en este caso, pues no permitía descubrir los procesos psicológicos que ponían en marcha los sujetos cuando juzgaban los delitos: olvidaba una dimensión psicológica importante para los sujetos. ³⁸

Esta necesidad psicológica de tener en cuenta todas las dimensiones importantes para los sujetos hizo que se creasen los *métodos multidimensionales*. Este primer intento se debe a Torgerson, quien desarrolló el *primer método de escalamiento multidimensional:* el Modelo Métrico (1952). El procedimiento de Torgerson permite representar los objetos en un espacio bidimensional y de forma simultánea. En el de Thurstone obtendríamos un único valor de escala para cada sujeto, mientras que en el multidimensional obtendríamos tantos valores de escala como dimensiones tuviéramos en cuenta. En cualquier caso, es difícil encontrar escalas de más de tres dimensiones. ³⁸

1.6.4 Técnica del Diferencial Semántico de Osgood

El diferencial semántico o prueba del diferencial semántico, es un instrumento de evaluación psicológica creado por Charles Osgood George Suci y Percy Tannenbaum en 1957. El interés principal de Osgood y sus colaboradores fue estudiar la estructura del significado,

concluyendo que éste tiene tres dimensiones: evaluación, potencia y actividad. La técnica se desarrolla proponiendo una lista de adjetivos al sujeto, que él ha de relacionar con los conceptos propuestos. Tanto los adjetivos comos los conceptos están relacionados con la dimensión que se quiera medir. Se trata de una prueba semi-objetiva. ³⁸

Tiene una serie de objetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto, frente a la consulta sobre el objeto de actitud, el sujeto debe pronunciarse entre los adjetivos bipolares extremos. Entre estas dos posibilidades dicotómicas se ofrecen al sujeto varias opciones que indicarán la dirección e intensidad de su actitud. Estas opciones pueden variar entre 7, 5 o 3. Usualmente se utilizan 7, sin embargo, si la escala se aplica a sujetos con menor capacidad de discriminación las opciones pueden disminuirse, los adjetivos utilizados deben ser aplicable al objeto de actitud. ³⁸

1.6.5 Escalamiento tipo Likert

Método para medir actitudes desarrollado por Rensis Likert a principios de la década de los 30. Cada afirmación se presenta y se pide al respondiente que exprese su reacción eligiendo un punto de la escala (lo más frecuente es que sean cinco). ³⁸

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, a pesar de esta limitación, la escala de Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide. 38

Las opciones o puntos pueden variar entre tres y siete, dependiendo de la capacidad de discriminación de los respondientes. En todo caso el número de opciones debe mantenerse a lo largo de toda la escala. El respondiente sólo puede marcar una opción, en caso de marcar más el dato queda invalidado. A cada uno de los puntos u opciones se le asigna un valor numérico (lo más frecuentes es de 1 a 5). El respondiente obtiene, por lo tanto, un puntaje en cada afirmación. La puntación total se obtiene sumando las puntuaciones de todas las afirmaciones; por eso estas escalas se conocen con el nombre de escalas aditivas. Así, por ejemplo, en una escala de 20 afirmaciones, el puntaje mínimo será 20 y el máximo 100. ³⁸

La escala de Likert mide la actitud hacia un único concepto; si se requiere medir actitudes simultáneamente hacia varios objetos, se incluye una escala por objeto, estas pueden presentarse conjuntamente pero se codifican y analizan por separado, en cada escala se considera que todos los ítems tienen igual peso. ³⁸

Las alternativas, opciones o puntos de la escala pueden presentarse verticalmente bajo cada afirmación u horizontalmente al lado o debajo de cada una de ellas. Evidentemente escribirlas horizontalmente al lado de cada una de ellas ahorra espacio y, por lo tanto, gastos de impresión; escribirlas bajo cada afirmación puede resultar más claro para el respondiente. ³⁸

Dirección de las afirmaciones:

- Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa
- Esta dirección es muy importante para la codificación de las respuestas
- Una afirmación positiva califica favorablemente al objeto de actitud. Si el respondiente obtiene en ella una alta puntuación, quiere decir que tiene una actitud muy favorable.
- Una afirmación negativa califica desfavorablemente al objeto de actitud. Si el respondiente obtiene en ella una alta puntuación, quiere decir que tiene una actitud muy desfavorable.
- Esto es muy importante al momento de codificar y posteriormente sumar. Las afirmaciones negativas deben ser codificadas de manera inversa.

De los anteriores instrumentos los más utilizados son la observación y las escalas de actitudes, la observación de actitudes es según algunos autores el método más adecuado para la medición y evaluación de actitudes ya que no requiere de contextos especiales, ni se limita por el tiempo y puede medir actitudes verbales y no verbales, por otro lado las escalas constituyen instrumentos estandarizados de amplia aplicación, dentro de las más usadas son la escala tipo Likert construida por medio de ítems con valores que tienen un punto central y los extremos con total satisfacción o nula satisfacción.

2. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

2.1 Definición

Según los Centers for Disease Control (CDC) la definición para adultos y adolescentes (13 años y más) se basa en la observación inicial de que los pacientes con SIDA desarrollan ciertas enfermedades por oportunistas secundarias a un defecto específico del sistema inmunológico en un componente mediado por células. En ausencia de cualquier otra causa de la disfunción de inmunidad celular presente, el diagnóstico de una de 12 enfermedades por oportunistas se considera indicador de SIDA. Se agrega a la definición, todas las personas infectadas por VIH con menos de 200 células CD4/mm³, o porcentaje de células CD4 en la cuenta total de linfocitos menor de catorce. ²³

2.2 Etiología

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece al género lentivirus de la familia retrovirus. No se conocen reservorios animales de VIH, aunque la semejanza entre lentivirus humanos y los de los simios (ampliamente distribuidos entre monos africanos en estado de vida salvaje, en los que la infección no produce enfermedad alguna), sugieren que se originaron a partir de un ancestro común. El estudio más reciente de la pandemia de SIDA ha permitido caracterizar nueve subtipos diferentes, siendo el subtipo C del VIH-1 el causante de más de la mitad de las infecciones que tienen lugar en el mundo.

2.3 Mecanismos de Transmisión

Transmisión parenteral. Incluidas: drogadicción por vía parenteral (por compartir agujas y jeringas contaminadas), transfusión de sangre y hemoderivados, y transplante de órganos y tejidos.

Transmisión sexual: Incluidas: relaciones homosexuales, relaciones heterosexuales, sexo anal y sexo oral. El VIH ha sido aislado en el semen y fluidos cervicovaginales. ⁴⁰

Transmisión vertical. De madre a hijo. El momento de mayor riesgo es el parto con dos terceras partes de las transmisiones, mientras que la parte restante suele producirse al final de la gestación. La lactancia materna añada un riesgo suplementario. ⁴⁰

Las prácticas o conductas, consideradas de alto riesgo y relacionadas casi siempre con infección por VIH incluyen coito vaginal, anal receptivo o ambos y otras actividades sexuales potencialmente traumáticas con sujetos infectados por VIH. Los ejemplos incluyen lo siguiente:

Anilingus: rodear la región anal con la lengua.

Cunilingus: lamer la vagina o el clítoris (mayor riesgo durante el período menstrual).

Felatio: lamer y succionar la región genital masculina (mayor riesgo cuando la eyaculación tiene lugar en la boca).

Manoseo: introducir la mano, el puño o el antebrazo en el recto o la vagina.

Urolagina: orinar la piel o las cavidades del cuerpo (mayor riesgo si existen heridas abiertas en la piel, boca, vagina o recto).

Introducción de objetos en el recto, vagina o ambos: la introducción de objetos (juguetes sexuales) puede causar desgarros en la mucosa, que son puerta de entrada para el virus. ²³

No hay evidencia de que la infección por VIH pueda transmitirse a través del aire, alimentos, agua, fómites, artrópodos (mosquitos), artículos de higiene o contacto casual (abrazos o besos). ²³

2.4 Prevención

La abstinencia sexual es el único método completamente seguro para evitar la transmisión sexual del virus. Pero esta elección no es bien aceptada, por lo que se han desarrollado métodos de prevención denominadas técnicas sexuales más seguras, las cuales no previenen por completo la transmisión del VIH/SIDA pero sí logran un cierto grado de protección. Una lista no inclusiva de técnicas sexuales más seguras comprende abstención de actos sexuales de riesgo (incluyendo coito anal o vaginal), utilización de condón de látex, uso del espermicida nonoxinol-9, y práctica de masaje y manoseo. ^{23,40}

En el último decenio se efectuaron ciertos estudios para la prevención del VIH/SIDA, por ejemplo, Jemmott y Jemmott implementaron con éxito un programa para reducir la conducta sexual de alto riesgo entre adolescentes masculinos afroamericanos en Filadelfia. Mediante videocintas educacionales, desempeño de funciones y otras actividades de aprendizaje, los participantes comunicaron una disminución en la frecuencia de actividad sexual, menor número de parejas sexuales y uso creciente del condón. ²³

La naturaleza de la conducta sexual de los adolescentes es compleja en materia de la prevención del VIH/SIDA, donde juegan un papel importante las teorías del comportamiento. La teoría cognitiva social, la teoría de influencia social, la teoría social de inoculación y la teoría de la acción razonada sirven como la base del éxito de los planes de estudio de prevención en adolescentes (Fisher y Fisher, 2000; Kirby et al., 1994).

Kirby et al. (1994) describe las ventajas de la utilización de teorías del aprendizaje social en un programa de estudios en adolescentes para la prevención del VIH/SIDA, donde afirman que la inclusión de un componente cognitivo y social facilita el aprendizaje y aumenta la prevención del VIH/SIDA. El resultado de la aplicación de diferentes estrategias se ha visto reflejado en cambios positivos en la prevención del VIH/SIDA; tomando en cuenta dos variables importantes como son la afectividad y conducta en los adolescente en la prevención del VIH/SIDA. La discusión de estas variables es importante ya que son los objetivos para el cambio en intervenciones en programas de prevención del VIH/SIDA. 41

Las investigaciones para determinar la relación entre la actitud y el comportamiento han avanzado en la compresión de construir la actitud. Una hipótesis predominante es que la actitud y el comportamiento están directamente relacionados. Sin embargo, un hallazgo importante fue que el cambio de una actitud no siempre fue asociado con un cambio en el comportamiento, y esto puso de relieve las dificultades inherentes en la predicción del comportamiento (Greenwald, 1989). Pero los beneficios de modificar actitudes, de acuerdo con Beckler y Wiggins (1989), fueron sus efectos sobre cuatro funciones humanas básicas. En consecuencia, estos principios pueden ser útiles en la prevención del VIH/SIDA. ⁴¹

La primera función es orientar el comportamiento hacia los objetivos y valorados fuera de los acontecimientos aversivos. La enfermedad del SIDA es un acontecimiento aversivo, visto como algo negativo, por lo que se puede convertir en el centro de coordinación necesarios para modificar las actitudes frente a la amenaza del VIH/SIDA. 41

La segunda función es la cognitiva, que incluye un componente que permite a una persona gestionar y simplificar las tareas de procesamiento de información; permitiendo así, procesar información sobre VIH/SIDA de una manera que le permitirá mejor la actitud frente al VIH/SIDA.⁴¹

La tercera función está relacionada en cómo implican esa información con respecto a su persona y valores. 41

La cuarta función es en como van a reaccionar dependiendo de si se sienten protegidos o amenazados, es decir la generación de impulsos lo que va a llevar a una conducta determinada. 41

Las dos funciones anteriores se han observado en muchos de los programas de prevención del VIH/SIDA. Por lo tanto, sobre la base de estas cuatro funciones, las actitudes relacionadas con la sexualidad, la abstinencia sexual, y la infección por VIH pueden ser modificadas, y deben ser el centro de intervenciones para la modificación de comportamientos encaminados a la prevención del VIH/SIDA. 41

El denominador común de las teorías del comportamiento es su intento de cambiar comportamientos mediante la modificación de actitudes (Ajzen y Fishbein, 1980; Kirby y cols., 1991). Como se destaca en la teoría de la acción razonada, las actitudes influyen en las intenciones que luego afectan el comportamiento (Ajzen y Fishbein, 1980). Está lógica se ha aplicado en los estudios con respecto a la modificación de actitudes hacia el VIH/SIDA, conductas de riesgo y aumento en el uso del condón. Los comportamientos que deben ser modificados incluyen retrasar el inicio de la relación sexual, reducir el número de compañeros sexuales,

aumento en el uso de preservativos, y la eliminación en la utilización de agujas en la drogadicción.

En resumen, la inclusión de los conocimientos y actitudes en las teorías del cambio de comportamiento han demostrado un aumento en la eficacia de las intervenciones que intentan reducir los comportamientos riesgosos. Debido a los beneficios, la transferencia de esta información a otros países es adecuada y debería integrarse en el plan educativo de las escuelas. Lamentablemente, la falta de instrumentos validados para evaluar la educación sobre el VIH/SIDA en países de habla hispana es uno de los principales obstáculos que se enfrentan en países de América Latina. 41



TESIS TESIS TESIS

VII. OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar la actitud del adolescente de 15-19 años de edad hacia la prevención del VIH/SIDA de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas del adolescente de 15-19 años de edad de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.
- 2. Identificar el componente cognitivo del adolescente sobre la prevención del VIH/SIDA.
- 3. Identificar el componente afectivo del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA.
- 4. Identificar el componente conductual del adolescente para la prevención del VIH/SIDA.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Diseño

Observacional descriptivo, Transversal simple.

b. Universo de Trabajo

Todos los adolescentes de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

c. Población en Estudio

Los 1918 adolescentes de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

d. Unidad de Observación

Adolescentes de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

e. Unidad de Análisis

Los adolescentes de 15-19 años de edad de la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

f. Criterios de Inclusión

Adolescentes de ambos sexos.

De 15-19 años de edad.

Que estudien en la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes.

Turnos matutino y vespertino.

Que acepten participar en el estudio.

g. Criterios de No Inclusión

Adolescentes menores de 14 años de edad.

h. Criterios de Eliminación

Adolescentes que no concluyeran el cuestionario

Adolescentes que por cualquier motivo ya no desearon participar en el estudio

i. Tipo de Muestra

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria simple.

j. Marco Muestral

Se cuenta con un listado de 1918 adolescentes que estudian en la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes, a los cuales se asignó un número progresivo.

k. Tamaño de la Muestra

Se calculó el tamaño de la muestra para este estudio descriptivo en base a lo siguiente:

El universo de trabajo de donde se tomó la muestra es de 1918.

Con una prevalencia esperada de la actitud hacia la prevención del VIH/SIDA en 42% y aceptando un peor resultado de 35%.

Con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%.

Con lo anterior, el tamaño de la muestra fue de 174 adolescentes.

1. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En la preparatoria CBTis No. 168 participante, a cada adolescente se le invitará a participar en el estudio, se explicará el propósito de la investigación y en caso de aceptación se solicitará el consentimiento informado, se garantizará el anonimato y confidencialidad.

Técnica: Entrevista.

<u>Instrumento</u>: para evaluar la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA se necesitó la elaboración de un instrumento que cumpliera las necesidades de la población en estudio, ya que los instrumentos publicados no cumplen dichas necesidades, es decir, no miden los tres niveles de la actitud que se desean medir en ésta investigación y no presentan información sobre la validación del instrumento.

Se procedió a elaborar el instrumento siguiendo la Taxonomía de Bloom el cual se sustenta en el marco teórico, en los cuadros de operacionalización del concepto y construcción de instrumento, así como en el cuadro que se realizó sobre la historia natural de la enfermedad de VIH/SIDA.

Para la recolección de datos generales se realizó por técnica de cédula de entrevista con preguntas cerradas, abarcando aspectos relacionados al comportamiento sexual.

Para evaluar el componente cognitivo se realizó un cuestionario por técnica de cédula de entrevista con preguntas de opción múltiple, con 13 preguntas finales de un total de 24 iniciales.

Para evaluar el componente afectivo se realizó un cuestionario de tipo escala de likert con 20 preguntas finales de un total de 30 iniciales.

Para evaluar el componente conductual se realizó un cuestionario de tipo escala de likert con 10 preguntas finales de un total de 23 iniciales.

Para encontrar la confiabilidad del instrumento se realizó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Se realizó solo validez de contenido para lo cual se consultó con 2 pediatras, 1 trabajadora social, 2 médicos internistas y 3 médicos familiares, con su opinión se eliminaron y se corrigieron los ítems que no presentaron una adecuada relación sobre el tema que se investiga.

Los instrumentos se aplicaron en la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes a los adolescentes que aceptaron intervenir en la investigación y que fueron previamente seleccionados mediante una selección aleatoria de la muestra, en una sesión especial y con técnica de entrevista y en el transcurso de una semana.

2. PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó el programa computacional EPI-INFO6 para la captura, procesamiento y análisis de los datos.

Los datos obtenidos en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron en una base de datos y se almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

Se construyó un programa de análisis de datos para el procesamiento de los datos.

3. ANÁLISIS DE DATOS

En un nivel descriptivo para todas las variables se obtuvo distribución de valores absolutos y relativos (razones o porcentajes). Para las variables de tipo cuantitativo se obtuvo medidas de

tendencia central (media aritmética o mediana según la distribución de las variables) y de dispersión (desviación estándar o centilas).

Se representaron en cuadros y gráficos.

Se buscaron diferencias estadísticas significativas entre los subgrupos que se formaron según las características sociodemográficas de los integrantes de la muestra, mediante la prueba de X^2 y el valor de p <0.005

4. LOGÍSTICA

Para el presente trabajo de investigación se seleccionaron a los adolescentes mediante el marco muestral obtenido por la lista de alumnos proporcionada por la dirección de la preparatoria.

El investigador acudió a la preparatoria CBTis No. 168 del Estado de Aguascalientes a solicitar el consentimiento de las autoridades correspondientes para invitar a los adolescentes seleccionados al azar, para conocer su aceptación en forma voluntaria, activa y formal del estudio. La invitación se efectuó en los salones de la preparatoria, una vez aceptado el protocolo ante el Comité Local de Investigación.

El investigador explicó el propósito de la investigación, sus objetivos y desarrollo de la misma, así mismo solicitó en caso de aceptación su consentimiento informado y se les garantizó el anonimato y confidencialidad.

Para la evaluación de la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, se utilizaron 3 instrumentos previamente validados por expertos y los cuales exploraron los dominios cognitivo, afectivo y conductual.

Para evaluar los dominios cognitivo, afectivo y conductual se llevó a cabo una entrevista con los adolescentes. El instrumento se aplicó mediante una encuesta con preguntas estructuradas y respuestas precategorizadas que el adolescente contestó al investigador, esta entrevista tuvo una duración de 30 minutos.

5. PRUEBA PILOTO

Para identificar problemas potenciales en el estudio se efectuó una prueba piloto para revisar la metodología y la logística en la recolección de los datos y se evaluaron las posibles reacciones de los adolescentes a los procedimientos de la investigación, evaluar los instrumentos de recolección de datos y la habilidad del investigador responsable a la aplicación de los instrumentos.

La prueba piloto tuvo una duración aproximada de 3 días. Se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar No. 10, mediante la selección de 12 adolescentes que acudieron a consulta de medicina familiar durante esos 3 días, se les solicitó su participación en la contestación de los cuestionarios mencionados. Con esto se observó la aceptabilidad del método empleado, así como las preguntas planeadas y la disposición de los adolescentes para contestar las preguntas y la colaboración en el estudio. Cada pregunta del cuestionario se discutió con los adolescentes para asegurar que los términos y las definiciones empleadas se entendieran claramente y observar si las respuestas dadas son las respuestas esperadas. Se medió el tiempo necesario para la administración de los cuestionarios.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación corresponde a una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en las variables de la actitud, ya que únicamente se consideran entrevistas a los adolescentes.

Invariablemente se utilizó carta de consentimiento informado por escrito donde se especificó la justificación y los objetivos del estudio, los procedimientos, los riesgos esperados y beneficios de la investigación, quedando en claro la libertad de retirar su consentimiento. Se garantizó su confidencialidad y anonimato. Así también, con el previo permiso de las autoridades escolares competentes.

IX. RESULTADOS

Se estudió una muestra probabilística aleatoria simple de 174 adolescentes estudiantes de la preparatoria CBTis No. 168 del estado de Aguascalientes. En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes se encontró que el 49.4% fueron hombres y el 50.6% fueron mujeres. El rango de edad fue de 15 a 19 años, con una edad promedio de 16 años con una desviación estándar de ±1.064. El 91.4% pertenece a la religión católica. Se encontraron porcentajes similares cercanos al 30% para cada uno de los grupos escolares. El 39.1% están inscritos en el turno matutino y el 60.9% en el vespertino. (cuadro 1)



Cuadro 1. Características Sociodemográficas

		FA	FR
Sexo	Hombres	86	49.4%
	Mujeres	88	50.6%
	Total	174	100%
Grupo De	15 a 16	110	63.2%
Edad	17 a 19	64	36.8%
	Total	174	100%
Religión	Católico	159	91.4%
	Cristiano	7	4.0%
	Ninguno	8	4.6%
	Total	174	100%
Año Cursado	Primero	48	27.6%
	Segu <mark>ndo</mark>	62	35.6%
	Tercero	64	36.8%
	Total	174	100%
Turno	Matutino	68	39.1%
	Vespertino	106	60.9%
	Total	174	100%

n=174 FUENTE: Cédula de entrevista

Al analizar si han recibido información sobre VIH/SIDA y sobre la principal fuente de información, se encontró que el 98.3% si ha recibido información, solamente el 1.7% contestó que no. La principal fuente de información es la escuela (76.4%), los medios de comunicación (9.2%), los padres (8.6%), las instituciones de salud (2.3%), otros (1.1%), los amigos (0.6%). **(cuadro 2)**

Cuadro 2. Información sobre VIH/SIDA y principales fuentes de obtención

	FA	FR	
Si	171	98.3%	
No	3	1.7%	
Total	174	100%	
		FA	FR
	Escuela	133	76.4%
HILLIAN .	Medios de comunicación	16	9.2%
Fuente de	Padres	15	8.6%
Información	Instituciones de Salud	4	2.3%
	Otros	2	1.1%
	Amigos	1	0.6%

n=174 FUENTE: Cédula de entrevista

Al analizar la actividad sexual, 1 de cada 10 adolescentes respondieron haber tenido relaciones sexuales, de estos 14 hombres y 2 mujeres, con una X²=10.69 y valor de p=0.03 sin encontrar diferencias significativas. La edad media para los hombres y mujeres es de 15.5 años. 2 de los hombres respondieron que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo; y el resto de los adolescentes con personas de diferente sexo, con una X²=13.22 y valor de p=0.001. La mayoría respondía que han sostenido relaciones sexuales con sus novios (as).

Al analizar la frecuencia en la utilización del condón, 11 contestaron que lo usaron todas las veces, 3 casi siempre, 1 casi nunca y 1 nunca, con una X²=10.92 y valor de p=0.02. 6 respondieron que lo usaron como anticonceptivo, 7 para prevenir infecciones de transmisión sexual, y 2 para prevenir el VIH/SIDA, con una X²=9.28 y valor de p=0.02 sin encontrar diferencias significativas, 1 de los encuestados no respondió.

TESIS TESIS TESIS

COMPONENTE COGNITIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Al analizar el componente cognitivo de la actitud del adolescente para la prevención del VIH/SIDA, se observó un nivel cognitivo alto en 113 adolescentes encuestados, que corresponde al 64.9%. Se observó un nivel cognitivo medio en 61 adolescentes que corresponde al 35.1%. Ninguno presentó un nivel bajo en el componente cognitivo. (cuadro 3)

De las 13 preguntas para valorar el componente cognitivo, los adolescentes mostraron un mayor conocimiento en cuanto a conceptos propios de la enfermedad. Se encontraron deficiencias en conocimientos sobre los mecanismos de transmisión y en las formas de prevención; más de la mitad de los 174 adolescentes encuestados, contestaron incorrectamente (56.3%) que el VIH/SIDA se puede contagiar también a través de la lactancia materna, así como el 55.7% contestó incorrectamente que la abstinencia sexual es la única manera 100% efectiva para prevenir el VIH/SIDA. En cuanto a la forma correcta del uso del condón, el 54.0% contestó incorrectamente.

Cuadro 3. Componente Cognitivo sobre la prevención del VIH/SIDA

NIVEL	FA	FR
Alto	113	64.9%
Medio	61	35.1%
Bajo	0	0%
Total	174	100%

n=174 FUENTE: Cédula de entrevista

COMPONENTE AFECTIVO HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Al analizar el componente afectivo de la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, se observó una tendencia afectiva favorable en 159 adolescentes encuestados, que corresponde al 91.4%. Se observó una tendencia afectiva neutra en 15 adolescentes que corresponde al 8.6%. Ninguno presentó una tendencia desfavorable en el componente afectivo. (cuadro 4)

Cuadro 4. Componente Afectivo hacia la prevención del VIH/SIDA

TENDENCIA	FA	FR
Favorable	159	91.4%
Neutra	15	8.6%
Desfavorable	0	0%
Total	174	100%

n=174 FUENTE: Escala de likert

COMPONENTE CONDUCTUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Al analizar el componente conductual de la actitud del adolescente para la prevención del VIH/SIDA, se observó una conducta favorable en 162 adolescentes encuestados, que corresponde la 93.1%. 11 adolescentes mostraron una conducta neutra con el 6.3%. Solo 1 adolescente del sexo masculino mostró una conducta desfavorable que corresponde al 0.6%. (cuadro 5)

Cuadro 5. Componente Conductual para la prevención del VIH/SIDA

TENDENCIA	FA	FR
Favorable	162	93.1%
Neutra	11	6.3%
Desfavorable	1	0.6%
Total	174	100%

n=174 FUENTE: Escala de likert

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente cognitivo, edad y sexo, se observó que el sexo femenino mostró un nivel más alto con un 34.4% comparado con un 30.5% del sexo masculino, con una X²=2.86 y valor de p=0.581, no se encontraron diferencias significativas. El grupo de edad de 15 a 16 años fue el que mostró un nivel cognitivo más alto que corresponde al 41.4%. Se observó un nivel cognitivo medio para el sexo masculino del 19% y para

el femenino del 16.1%, con una $X^2=4.98$ y valor de p=0.289, no se encontraron diferencias significativas. (**cuadro 6**)

Cuadro 6. Componente Cognitivo sobre la prevención del VIH/SIDA por grupos de edad y sexo.

NIVEL		ALTO		MEDIO		BAJO	
GRUPOS DE EDADES	SEXO	FA	FR	FA FR		FA	FR
15 - 16 años	MASCULINO	32	18.4%	21	12.1%		
	FEMENINO	40	23.0%	17	9.8%		
	SUBTOTAL	72	41.4%	38	21.9%		
17 - 19 años	MASCULINO	21	12.1%	12	6.9%		
	FEMENINO	20	11.4%	11	6.3%		
	SUBTOTAL	41	23.5%	23	13.2%		
SUBTOTAL	MASCULINO	53	30.5%	33	19.0%		
	FEMENINO	60	34.4%	28	16.1%		
TOTAL		113	64.9%	61	35.1%		

n=174 FUENTE: Cédula de entrevista

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente afectivo, edad y sexo, se observó que el sexo femenino mostró una tendencia más favorable con un 47.7% comparado con un 43.7% del sexo masculino, con una X²=1.53 y valor de p=0.821, no se encontraron diferencias significativas. El grupo de edad de 15 a 16 años fue el que mostró una tendencia afectiva más favorable que corresponde al 58.1%. Se observó una tendencia afectiva neutra para el sexo masculino del 5.7% y para el femenino del 2.9%. (cuadro 7)

Cuadro 7. Componente Afectivo hacia la prevención del VIH/SIDA por grupos de edad y sexo.

TENDENCIA		FAVORABLE		NEUTRA		DESFAVORABLE	
GRUPOS DE							
EDADES	SEXO	FA	FR	FA	FR	FA	FR
15 - 16							
años	MASCULINO	49	28.2%	4	2.3%		
	FEMENINO	52	29.9%	5	2.9%		
	SUBTOTAL	101	58.1%	9	5.2%		
17 - 19							
años	MASCULINO	27	15.5%	6	3.4%		
	FEMENINO	31	17.8%	0	0%		
	SUBTOTAL	58	33.3%	6	3.4%		
SUBTOTAL	MASCULINO	76	43.7%	10	5.7%		
	FEMENINO	83	47.7%	5	2.9%		
TOTAL		159	91.4%	15	8.6%		

n=174 FUENTE: Escala de likert

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente conductual, edad y sexo, se observó que el sexo femenino mostró una conducta más favorable con un 47.1% comparado con un 46.0% del sexo masculino, con una X²=1.66 y valor de p=0.798, no se encontraron diferencias significativas. El grupo de edad de 15 a 16 años fue el que mostró una conducta más favorable que corresponde al 59.2%. Se observó una conducta neutra para el sexo masculino del 2.9% y para el femenino del 3.4%. (cuadro8)

Cuadro 8. Componente Conductual para la prevención del VIH/SIDA por grupos de edad y

TENDENCIA		FAVORABLE		NEUTRA		DESFAVORABLE	
GRUPOS DE							
EDADES	SEXO	FA	FR	FA	FR	FA	FR
15 - 16							
años	MASCULINO	50	28.7%	2	1.1%	1	0.6%
	FEMENINO	53	30.5%	4	2.3%	0	0%
	SUBTOTAL	103	59.2%	6	3.4%	1	0.6%
17 - 19							
años	MASCULINO	30	17.2%	3	1.7%	0	0%
	FEMENINO	29	16.7%	2	1.1%	0	0%
	SUBTOTAL	59	33.9%	5	2.9%	0	0%
SUBTOTAL	MASCULINO	80	46.0%	5	2.9%	1	0.6%
	FEMENINO	82	47.1%	6	3.4%	0	0%
TOTAL		162	93.1%	11	6.3%	1	0.6%

n=174 FUENTE: Escala de likert

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente cognitivo, año cursado y turno, se observó que los adolescentes del tercer año de bachillerato son los que muestran un nivel cognitivo más alto que corresponde al 24.7%, con una X²=0.27 y valor de p=0.872, sin encontrar diferencias significativas. Con respecto al turno, los adolescentes inscritos al vespertino son los que muestran un nivel cognitivo más alto que corresponde al 37.5%, con una X²=1.56 y valor de p=0.211, sin encontrar diferencias significativas.

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente afectivo, año cursado y turno, se observó que los adolescentes del segundo y tercer año de bachillerato son los que muestran una tendencia afectiva más favorable que corresponde al 32.8% respectivamente, con una X^2 =0.80 y valor de p=0.669, sin encontrar diferencias significativas. Con respecto al turno, los adolescentes inscritos al vespertino son los que muestran una tendencia afectiva más favorable que corresponde al 54.6%, con una X^2 =1.06 y valor de p=0.302, sin encontrar diferencias significativas.

Al buscar diferencias estadísticas significativas con respecto al componente conductual, año cursado y turno, se observó que los adolescentes del tercer año de bachillerato son los que muestran una conducta más favorable que corresponde al 33.9%, con una X²=2.26 y valor de p=0.688, sin encontrar diferencias significativas. Con respecto al turno, los adolescentes inscritos al

vespertino son los que muestran una conducta más favorable que corresponde al 57.5%, con una $X^2=1.79$ y valor de p=0.408, sin encontrar diferencias significativas.

Al comparar los tres componentes de la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, se observa que los adolescentes presentan un nivel alto del 64.9% en el componente cognitivo, en el componente afectivo con una tendencia favorable del 91.4%, y en el componente conductual presentan una tendencia favorable del 93.1%. (cuadro 9)

Cuadro 9. Actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA en los tres componentes de la actitud.

	COGNITIVO			AFECTIVO		CONDUCTUAL	
NIVEL	FA	FR	TENDENCIA	FA	FR	FA	FR
ALTO	113	64.9%	FAVORABLE	159	91.4%	162	93.1%
MEDIO	61	35.1%	NEUTRA	15	8.6%	11	6.3%
BAJO	0	0%	DESFAVORABLE	0	0%	1	0.6%
TOTAL	174	100%		174	100%	174	100%

n=174 FUENTE: Cédula de entrevista y escala de likert

X. DISCUSION

En la población estudiada se encontró que 1 de cada 10 adolescentes había iniciado ya su vida sexual con un promedio de edad de 15.5 años, inferior a lo encontrado por Navarro y Vargas, 3 de cada 10 con un promedio de 13 años, y a lo informado por Macchi y cols., 4 de cada 10 con un promedio de 14.6 años. Una explicación a estos resultados se encuentra en las características sociodemográficas, ya que los otros estudios se realizaron en ciudades, Colombia y Paraguay respectivamente, con mayor demanda de turismo y esto puede exponer a la población adolescente a tener mayor libertad sexual, con respecto a nuestra población se puede indagar que aún se encuentra la formación de valores en el hogar lo que puede presentar un freno en la iniciación de la actividad sexual a edades tempranas.

Catacora y Villanueva realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y las prácticas sexuales de adolescentes escolares de 14 a 17 años de edad, los resultados que obtuvieron fue que el nivel de conocimientos fue regular para la mayoría de los adolescentes (46.4%), donde los hombres presentaron un nivel más alto que las mujeres, mencionando que conocen principalmente conceptos que se orientan hacia las formas de transmisión del virus, y con fallas en aspectos de prevención y uso correcto del condón. A diferencia, en el presente estudio se observó un nivel cognitivo alto (64.9%), donde las mujeres presentaron un nivel mayor que los hombres, estos resultados se pueden explicar a que se abarco grupos de edad mayor y por lo tanto se puede indagar que han recibido más información sobre VIH/SIDA. Se observó un mayor conocimiento en cuanto a conceptos propios de la enfermedad, sin embargo, a diferencia del estudio de Catacora y Villanueva, presentaron deficiencias en conceptos sobre los mecanismos de transmisión; por ejemplo, que el VIH/SIDA se puede transmitir también por medio de la lactancia materna, o que únicamente se encuentra presente en la sangre, estos resultados se pueden explicar a que a la información que reciben no es del todo adecuada y clara, lo que conlleva a que tengan creencias o concepciones erróneas en las formas de transmisión.

Los resultados del presente estudio, ponen de manifiesto que los adolescentes presentan deficiencias con respecto al uso correcto del condón, similar a lo informado por DiClemente y cols. en el análisis de los datos proporcionados por el National Longitudinal Study of Adolescent Health, donde se señala que aproximadamente el 36% de los adolescentes creían que el receptáculo del condón se debía ajustar totalmente al glande y cerca del 30% no sabían que no se puede usar vaselina como lubricante. En el presente estudio estos porcentajes son similares, con respecto al uso de vaselina como lubricante, el 30.5% no sabe que no se debe de usar, observándose una mayor deficiencia en cuanto a que el condón no se debe de ajustar totalmente al glande, ya que

más de la mitad de los adolescentes (54.0%) no lo sabe, así como tampoco de que el condón se debe de retirar con el pene aún en erección. Estos resultados se pueden explicar a que en nuestra sociedad, comparada con la de Estados Unidos, aún se ven tabús en ciertos temas como en este caso, sobre el uso correcto del condón, ya que se puede informar sobre su uso, pero en la capacitación de la técnica no es del toda clara, o simplemente se omite por pena, o porque la persona quien informa no esta del todo capacitada para explicar la forma correcta en el uso del condón.

Navarro y Vargas realizaron un estudio en una población de adolescentes con características sociodemográficas similares a las del presente estudio, ya que se tomo como muestra a escolares de preparatoria pública de 14 a 19 años de edad, analizando los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales relacionadas hacia la prevención del VIH/SIDA, encontrando que únicamente el 15% presentaba una actitud favorable en cuanto a conocimientos sobre VIH/SIDA, a diferencia del presente estudio donde se observó un nivel cognitivo alto del 64.9%. Los resultados arrojaron que el 98% presentó una actitud afectiva favorable, sin observarse gran diferencia en el presente estudio, donde se observó una tendencia afectiva favorable del 91.4%. En cuanto a la conducta, señalan que un alto porcentaje presenta conductas sexuales de riesgo como: tener sexo con desconocidos (22%), no usar siempre el condón (82.5%), por lo que se pone de manifiesto que presentan una actitud conductual desfavorable, comparado con el presente estudio se observó en la mayoría de los adolescentes (93.1%) una tendencia conductual favorable para la prevención del VIH/SIDA. Estas diferencias en los resultados con respecto al componente cognitivo se pueden explicar a que en el estudio de Navarro y Vargas menos de la mitad (42%) de los adolescentes ha recibido información sobre VIH/SIDA comparado con un 98.3% del presente estudio, y donde el medio principal es la escuela (76.4%), lo que refleja la importancia de que la escuela participe en la formación adecuada de conocimientos sobre VIH/SIDA con el fin de lograr un nivel cognitivo alto en los adolescentes. Con respecto al componente conductual, se observó que los adolescentes en el presente estudio presentaron una tendencia conductual favorable e incluso mayor en comparación con los otros componentes de la actitud, esto en comparación con el estudio de Navarro y Vargas puede explicarse que aunque la población en estudio es dirigida a adolescentes escolares, presentan condiciones que los exponen a presentar una tendencia conductual desfavorable, como vivir en hacinamiento y consumir drogas, a diferencia de la población del presente estudio donde provienen de un nivel socioeconómico medio, ninguno de los 174 adolescentes encuestados ha consumido drogas, y donde influye de igual manera a que presentan un nivel cognitivo alto sobre el VIH/SIDA, reflejándose todo esto en que presenten una tendencia conductual favorable para la prevención del VIH/SIDA.

En la población estudiada se observó una alta frecuencia en el uso del condón, ya que el 68.8% contestó haberlo utilizado en todas sus relaciones sexuales, a diferencia de lo informado por Catacora y Villanueva, solo el 41.3%, así como lo reportado por Navarro y Vargas donde sólo un 17% ha utilizado el condón en todas sus relaciones sexuales. Estos resultados se pueden explicar en que la población del presente estudio presentó en general una actitud favorable en los tres componentes estudiados lo que representa una mayor conciencia de lo que es el VIH/SIDA y la actitud de prevención frente a la misma, en comparación de los otros estudios donde se reporta una actitud cognitiva y conductual desfavorables.

Los resultados señalan que la principal fuente por la que han recibido información los adolescentes sobre VIH/SIDA ha sido la escuela (76.4%), situación similar a lo reportado por Macchi y cols. con un 42.4%, Navarro y Vargas con un 41.5% y lo encontrado por Catacora y Villanueva con un 62.2%. Sin embargo, a pesar de que los otros estudios señalan que la escuela es la principal fuente de información, se observan porcentajes menores a los obtenidos en el presente estudio, esta diferencia puede explicar que los adolescentes del presente estudio tengan un nivel cognitivo alto en comparación con los otros estudios, y/o que la información que reciben es más adecuada que en los otros estudios, lo que se refleja en una actitud cognitiva favorable sobre la prevención del VIH/SIDA.

XI. CONCLUSION

Según los resultados de este estudio se puede afirmar que los adolescentes de la preparatoria CBTis No. 168 del estado de Aguascalientes, presentan un nivel alto del 64.9% en el componente cognitivo sobre la prevención del VIH/SIDA, en el componente afectivo el 91.4% presenta una tendencia favorable y en el componente conductual el 93.1% también presentó una tendencia favorable. Al buscar diferencias estadísticas significativas no se encontraron en cuanto al sexo, edad, año cursado ni turno escolar.



XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las principales limitantes de este estudio fue un sesgo en la información, ya que se manejaron preguntas que pudieron haber originado cierta incomodidad, como por ejemplo, las referentes a la actividad sexual, dando como resultado que el adolescente contestará deliberadamente en forma negativa a tales cuestionamientos, o afirmativamente a cuestionamientos que valoraban la afectividad y conducta.

Otra limitante, fue que el estudio se dirigió a cierto rubro de la población adolescente, es decir, un sesgo de selección, y por esta razón que los resultados obtenidos no arrojarán diferencias significativas, que tal vez si se hubieran podido observar si se hubiera realizado el estudio en forma comparativa con otros grupos de adolescentes, como por ejemplo, población rural o aquellos adolescentes con grados inferiores de estudios.

XIII. RECOMENDACIONES

De Políticas de Salud:

Implementar cursos de capacitación en las escuelas, sobre todo reforzando los conocimientos de los adolescentes en materia de los mecanismos de transmisión y las formas de prevención hacia el VIH/SIDA, así como capacitación en técnicas que refuercen el uso correcto del condón.

De Investigación:

Validar instrumentos para medir la actitud del adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, para evitar sesgos de información.

Caracterizar la actitud de los adolescentes hacia la prevención del VIH/SIDA en medios rurales, así como en adolescentes pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos.

Realizar investigaciones de intervención, para identificar y comparar la actitud que muestra el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, antes y después de la intervención.

A los Médicos Familiares:

Implementar cursos de capacitación en las unidades de medicina familiar dirigidos a la población adolescente y a los padres, y que estos a su vez sean impartidos por los médicos familiares, ya que ellos son los médicos de primer contacto.

XIV. SECCIÓN DE ANEXOS

- 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
- 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 4. OPERACIONALIZACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL DE AGUASCALIENTES

Con la finalidad de identificar la actitud que presenta el adolescente hacia la prevención del VIH/SIDA, me permito solicitar amablemente que contestes a los siguientes cuestionamientos como corresponda (marcando con una X la respuesta). Agradezco de antemano tu valiosa colaboración para su contestación en forma completa.

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE:

			Folio	
1. Fecha de aplicación:			Día Me	s Año
2. Edad en años: (1) 14 (4) 17	(2) 15 (5) 18	(3) 16 (6) 19		
3. Sexo: (1) Masculino	(2) Femenino			
4. Religión: (1) Católico (2)	Cristiano (3) Ni	nguna		
5. Año que estas cursando (1) Primero	actualmen <mark>te:</mark> (2) Se <mark>gundo</mark>	(3) Tercero		
6. Turno: (1) Matutino (2	2) Vesp <mark>ertino</mark>			
7. ¿Has recibido informació (1) Si	n sobre el VIH/SIDA	? (2) No		
8. En caso de que la respué ésta información?	esta haya sido afi <mark>rm</mark> a	<mark>at</mark> iva ¿señala la prin	cipal fuente donde	has recibido
(1) Escuela (3) Padres (5) Amigos (7) Otros	(2) Medio de co(4) Otros familia(6) Institución de		s, televisión, radio	
9. ¿Has tenido relaciones s (1) Si	exuales? (2) No			
Si tu respuesta es negativa	pasa a la pregunta i	número 17.		
10. ¿A qué edad comenzas (1) 14 años o antes (4) 17 años		ños (3)	16 años 19 años	
11. ¿Has tenido relaciones (1) Hombres	sexuales con? (2) Muje	eres (3)	Hombres y Mujere	es

12. (VARONES) ¿has tenido relaciones sexuales con? (1) Desconocidas (os) (2) Amigas (os) (3) Trabajadoras (es) sexuales	
(4) Novia (o)	
13. (MUJERES) ¿has tenido relaciones sexuales con? (1) Desconocidos (as) (2) Amigos (as) (3) Trabajadores (as) sexuales (4) Novio (a)	
14. Cuando tienes relaciones sexuales ¿con qué frecuencia utilizas condón? (1) Todas las veces (2) Casi siempre (3) Casi nunca (4) Nunca	
15. Si lo utilizaste, ¿lo usaste cómo? (1) Anticonceptivo (2) Para protegerte de infecciones de transmisión sexual (3) Para protegerte del SIDA	
16. ¿Con quién lo has utilizado? (1) Novio (a) (2) Amigo (a) (3) Desconocido (a) (4) Otro	s
17. ¿Alguna vez te has inyectado drogas? (1) Si (2) No	
18. Si lo has hecho, ¿has compartido agujas y/o jeringas con otras personas? (1) Si (2) No	
COMPONENTE COGNITIVO	
Encierra en un círculo la respuesta que consideres correcta.	
1. ¿Cuál es el significado del SIDA? a. Signo de inmunodeficiencia humana adquirida b. Situación inespecífica humana adquirida c. Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida d. Ninguna es correcta	
2. ¿El SIDA es causado por? a. Bacteria b. Virus c. Parásito d. Hongo	
 3. ¿El SIDA es una enfermedad que causa en el organismo? a. Destrucción de las defensas b. Aparición de múltiples tipos de cánceres c. Diabetes Mellitus d. Infartos al corazón 	

52

4. ¿La infección por VIH/SIDA afecta?	
 a. Únicamente a homosexuales b. A cualquier persona sin importar el sexo, edad, religión y condición socioeconómica. c. Únicamente a los adultos d. A personas que son bisexuales 	
 5. ¿Una persona infectada con VIH/SIDA puede tener un aspecto normal? a. Si puede b. Sólo en las personas más jóvenes c. Nunca tienen un aspecto normal d. Ninguna es correcta 	
 6. ¿El SIDA es hasta ahora una enfermedad incurable y mortal? a. No, ya existe la vacuna para curarla b. Es verdad c. Solo las personas más jóvenes llegan a curarse d. Los medicamentos pueden llegar a curarla 	
7. ¿El VIH se encuentra presente en? a. Semen y fluidos vaginales b. Únicamente en la sangre c. Leche materna y sangre d. Solo a y c son correctas	
 8. ¿El VIH/SIDA se transmite principalmente por? a. Dar besos, compartir alimentos, saludar de mano, sentarse en baños públicos. b. Por medio de la picadura de mosquitos c. Vía sexual b. Todas son correctas 	
 9. ¿Otras situaciones en las que se puede contagiar el VIH/SIDA es por? a. Compartir jeringas y agujas con otras personas infectadas para inyectarse drogas. b. Compartir el salón de clases con personas infectadas c. Por medio de la lactancia materna d. Solo a y c son correctas 	
 10. ¿La única manera 100% efectiva para prevenir contagiarse de VIH/SIDA es? a. Uso de condón b. Abstinencia sexual c. Tener relaciones sexuales sólo con personas de nuestro mismo sexo d. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona 	
11. ¿Si tengo relaciones sexuales sin el uso del condón estoy en riesgo de contagiarme del VIH/SIDA? a. Solo en algunas ocasiones	
b. Siempre voy a estar en riesgo b. Nunca estaré en riesgo c. Todas son correctas	

12. ¿Con el uso del condón que es lo que debo de usar como lubricante? a. Vaselina	
b. Lubricantes hechos a base de agua	
c. Aceites	
d. Todas son correctas	
	_
13. ¿Las siguientes respuestas son correctas con respecto al uso del condón?	
a. El receptáculo (parte distal del condón) se debe ajustar al glande	
b. El condón se retira con el pene en erección	

c. El receptáculo no se debe de ajustar al glande

COMPONENTE AFECTIVO

d. Solo b y c son correctas

Pregunta	Total- mente en Desa- cuerdo	En Desa- cuerdo	Neutro	De Acuer- do	Total- mente de Acuer- do	Codifi- cación
1. ¿Se debe de enseñar sobre el VIH/SIDA en las escuelas?	1	2	3	4	5	
2. ¿Un estudiante infectado por VIH/SIDA se le debe permitir asistir a clases?	1	2	3	4	5	
3. ¿Se considera responsable de su enfermedad a una persona con VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
4. ¿Te preocupa que te puedas infectar por VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
5. ¿Esta bien no tener relaciones sexuales mientras soy adolescente?	1	2	3	4	5	
6. ¿El VIH/SIDA es un tema en el que los adolescentes debemos de pensar antes de tener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5	
7. ¿Compro condones o los solicito en un centro de salud?	1	2	3	4	5	
8. ¿Tengo que aprender a tener fuerza de voluntad para resistir de las presiones de mis amigos?	1	2	3	4	5	
9. ¿No es importante impartir educación sobre el VIH/SIDA dentro de las escuelas?	5	4	3	2	1	
10. ¿Me molestaría estar en el mismo salón de clases junto a una persona infectada por el VIH/SIDA?	5	4	3	2	1	
11. ¿El estar infectado por VIH/SIDA es un tema que no me preocupa?	5	4	3	2	1	
12. ¿Ninguna persona es culpable por tener VIH/SIDA?	5	4	3	2	1	
13. ¿Si tuvieras VIH/SIDA te gustaría que alguien más se enterara?	5	4	3	2	1	
14. ¿Me considero en riesgo de contagiarme de VIH/SIDA?	5	4	3	2	1	

15. ¿Las personas que no tienen relaciones sexuales antes de casarse son "raras"?	5	4	3	2	1	
16. ¿Es correcto que las personas de mi edad tengan relaciones sexuales con diferentes personas?	5	4	3	2	1	
17. ¿Las personas que usan condones durante las relaciones sexuales es porque no confían en la persona con quien están?	5	4	3	2	1	
18. ¿Los adolescentes por ser jóvenes y estar sanos no estamos en riesgo de contagiarnos por VIH/SIDA?	5	4	3	2	1	
19. ¿No me preocupa tener relaciones sexuales sin el uso del condón?	5	4	3	2	1	
20. ¿Mientras soy adolescente debo de aprovechar a tener relaciones sexuales para tener mayor experiencia?	5	4	3	2	1	

COMPONENTE CONDUCTUAL

Pregunta	Total- mente en Desa- cuerdo	En Desa- cuerdo	Neutro	De Acuer- do	Total- mente de Acuer- do	Codifi- cación
1. ¿Me abstengo de tener relaciones sexuales para prevenir que no me contagie de VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
2. ¿Si tengo relaciones sexuales, lo hago con una sola persona que no este infectada para prevenir contagiarme de VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
3. ¿Soy cuidadoso(a) en escoger con quien tener relaciones sexuales para evitar contagiarme de VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
4. ¿Si tengo relaciones sexuales, siempre uso condón aunque conozca muy bien a la persona?	1	2	3	4	5	
5. ¿Si yo salgo con alguien y siento que podría llegar a tener relaciones sexuales traigo conmigo siempre el condón?	1	2	3	4	5	
6. ¿Tengo que usar siempre el condón en cualquier relación sexual que yo tenga?	1	2	3	4	5	
7. ¿El condón se coloca con el pene en total erección?	1	2	3	4	5	
8. ¿Me abstengo de inyectarme drogas para prevenir contagiarme de VIH/SIDA?	1	2	3	4	5	
9. ¿Debemos divulgar que una persona tiene SIDA?	5	4	3	2	1	
10. ¿Esta bien tener relaciones sexuales sin usar condón porque es muy bajo el riesgo de que me pueda infectar por el VIH/SIDA?	5	4	3	2	1	

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN !!!

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
1. ELECCIÓN DEL TEMA	0							
2. BUSQUEDA DE INFORMACIÓN		0						
3. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO			0	0				
4. CONSTRUCCIÓN Y EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS					0			
5. PRUEBA PILOTO					0			
6. RECOLECCIÓN DE DATOS		\mathcal{A}				0		
7. CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS						0		
8. CAPTURA Y PROCESAMIENTO DE DATOS		/				0	0	
9. ANÁLISIS DE DATOS				_			0	
10. REPORTE FINAL			<u> </u>	_				0





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PROYECTO: ACTITUD DEL ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE LA PREPARATORIA CBTis No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
LUGAR Y FECHA
POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "ACTITUD DEL ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE LA PREPARATORIA CBTIS No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES. REGISTRADO ANTE EL COMITE LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO R-2009-101-6
EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES IDENTIFICAR LA ACTITUD DEL ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS DE EDAD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE LA PREPARATORIA CBTIS No. 168 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
SE ME HA INFORMADO QUE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO CONSISTE EN CONTESTAR UN CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.
DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMEN <mark>TE S</mark> OBRE LOS POSIBLES INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN E <mark>N EL PRO</mark> YECTO DE INVESTIGACIÓN.
EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARME INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE LA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO, ASI COMO EL DE RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE PLANTEE, LOS RIESGOS, LOS BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.
EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO LA SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL.
NOMBRE Y FIRMA DEL ADOLESCENTE NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
TESTIGO TESTIGO

Cuadro No. 1 OPERACIONALIZACIÓN DEL CONCEPTO ACTITUD DEL ADOLESCENTE HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

OBJETIVO CONCEPTO DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	INDICES
Caracterizar la actitud del adolescente hacia conocimientos, Componente cognitivo: es el conjunto de datos e información	Variación en el conocimiento sobre la prevención del VIH/SIDA.	Conocimientos propios de la enfermedad Significado de SIDA - Naturaleza del agente - Efecto de la enfermedad sobre el sistema inmunológico - Factores de riesgo - Apariencia del enfermo - Tratamiento - Resultado - Pronóstico - Localización en el semen - Localización en la sangre - Lactancia materna Conocimiento de los mecanismos de transmisión Transmisión sexual - Transmisión sexual - Transmisión por contacto con objetos - Práctica de sexo oral - Contacto a través del agua - Contacto a través de alimentos - Convivencia - Transmisión parenteral - Contacto a través de insectos - Transmisión vertical Conocimiento de las formas de prevención Uso del condón - Comportamiento sexual de riesgo - Abstinencia sexual	Alto: 70 al 100% Medio: 40 al 69% Bajo: < al 39% Alto: cuando el total de reactivos positivos sobre el total ideal dividido entre 100 sea entre el 70 y 100% Medio: cuando el total de reactivos positivos sobre el total ideal dividido entre 100 sea entre 40 al 69% Bajo: cuando el total de reactivos positivos sobre el total ideal dividido entre 100 sea menor al 39% Bajo: cuando el total de reactivos positivos sobre el total ideal dividido entre 100 sea menor al 39%

Variación en lo afectivo hacia	Hacia la enseñanza	Favorable:
la prevención del VIH/SIDA.	- Enseñanza sobre VIH/SIDA en	70 al 100%
	escuelas	Neutra:
		40 al 69%
	Hacia la convivencia	Desfavorable:
	- Convivencia con personas infectadas	< al 39%
	Hacia la enfermedad	Favorable: cuando el total de
	- Infección por VIH/SIDA	reactivos positivos sobre el total ideal
	- Responsabilidad hacia el VIH/SIDA	dividido entre 100 sea entre el 70 y
	- Confidencialidad	100%
	Hacia la prevención	Neutra: cuando el total de reactivos
	- Riesgo de contagio	positivos sobre el total ideal dividido
	- Uso del condón	entre 100 sea entre 40 al 69%
	- Abstinencia sexual	
	- Promiscuidad	Desfavorable: cuando el total de
	- Uso sistemático del condón	reactivos positivos sobre el total ideal
	- Retrasar el inicio de la actividad	dividido entre 100 sea menor al 39%
	sexual - Invulnerabilidad	
	- Comportamiento sexual de riesgo	
	- Practicar sexo seguro	
	- Uso de drogas intravenosas	
Variación en la práctica para	Conductas para la prevención	
la prevención del VIH/SIDA.	- Abstinencia sexual	Favorable:
	- Monogamia	70 al 100%
	- Elección de la pareja sexual	Neutra:
	- Practicar sexo seguro	40 al 69%
	- Material del condón	Desfavorable:
	- Uso del condón	< al 39%
4	- Contar siempre con el condón	
	- Uso sistemático del condón	Favorable: cuando el total de
	- Uso de vaselina en relación al condón	reactivos positivos sobre el total ideal
	- Lubricantes en relación al condón	dividido entre 100 sea entre el 70 y 100%
	- Técnica correcta de colocación del	10070
	condón	Neutra: cuando el total de reactivos
	- Partes del condón	positivos sobre el total ideal dividido
	- Retiro el condón	entre 100 sea entre 40 al 69%
	- Formas de obtención de condones	
	- Rechazo a material punzo-cortante	Desfavorable: cuando el total de
	usado	reactivos positivos sobre el total ideal
	- Uso de material nuevo y desechable	dividido entre 100 sea menor al 39%
	- Abstinencia al uso de drogas	

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	- Transfusiones de sangre	
	- Seguridad personal	



XV. GLOSARIO

ACTITUD: Organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

COMPONENTE COGNOSCITVO: Formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

COMPONENTE AFECTIVO: Es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes.

COMPONENTE CONDUCTUAL: Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

ADOLESCENCIA: Proceso de transición entre la infancia y la edad adulta. Es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana que comprende de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años de edad.

PREVENCIÓN: Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

SIDA: De las siglas Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se basa en la observación inicial de que los pacientes desarrollan ciertas enfermedades por oportunistas secundarias a un defecto específico del sistema inmunológico en un componente mediado por células. En ausencia de cualquier otra causa de la disfunción de inmunidad celular presente, el diagnóstico de una de 12 enfermedades por oportunistas se considera indicador de SIDA. Se agrega a la definición, todas las personas infectadas por VIH con menos de 200 células CD4/mm³, o porcentaje de células CD4 en la cuenta total de linfocitos menor de catorce.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana, es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Catacora-López F., Villanueva-Roque J. Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2007; 24(3): 24-47
- 2. Navarro, L., Vargas M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 19: 14-24, 2004
- Villaseñor-Sierra A., Caballeros-Hoyos R., Hidalgo-San Martín A., Santos-Preciado J.
 Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Pública de Mex / vol.45, suplemento 1 de 2003
- 4. INEGI. Il Conteo de Población y Vivienda 2005
- 5. Pacheco, S. et. col. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescente de Bogotá. Salud Pública de México/vol.45, suplemento 1 de 2003
- 6. Macchi, M. et. col. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev Chil Pediatr 2008; 79(2): 206-217
- 7. DiClemente, R.J., Crosby, R.A., Wingood, G.M. La Prevención del VIH en Adolescentes:

 Deficiencias detectadas y enfoque nuevos. Perspectivas, vol. XXXII, no.2, junio 2002
- Hidalgo-San Martín A., Caballero-Hoyos R., Celis-de la Rosa A., Rasmussen-Cruz B.
 Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. Salud Pública de México/vol.45, suplemento 1 de 2003
- Givaudan, M., Pick, S. Evaluación del Programa Escolarizado para Adolescentes: Un Equipo contra el VIH/SIDA. Revista Interamericana de Psicología, vol.36, num.3, 2005 pp.339-346
- Pérez, R. et. col. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatol Reprod Hum 2004; 18:225-230

- TESIS TESIS TESIS TESIS
 - 11. Cortés, A. et. col. El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. Rev Cubana Med Trop 2006; 58(3)
 - 12. Soto, V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An Fac Med Lima 2006; 67(2) 152-159
 - 13. Toledo, V. et. col. **Los Adolescentes y el SIDA.** Rev Cubana Med Trop 2002; 54(2): 152-57
 - 14. García, R. et. col. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1)
 - Torres, P. et. col. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Pública de México/vol.48, no.4, julio-agosto de 2006.
 - 16. López-Rosales F., Moral de la Rubia, J. Sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente. Medicina Universitaria 2003; 5(18):3-11
 - 17. Gallegos, E. et. col. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. Salud Pública de México/vol.50, no.1, enero-febrero de 2008
 - Lamerias, F. et. col. Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. Univ. Psychol. Bogota (Colombia) 3(1): 27-34, enero-junio de 2004
 - 19. Flores-Palacios F., de Alba M. El SIDA y los Jóvenes: Un estudio de representaciones sociales. Salud Mental, vol. 29, No.3, mayo-junio 2006.
 - 20. Fernández, C. "Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997". Revista Española de Salud Pública, vol. 74, No.2, marzo-abril 2000.
 - 21. Morales JF. **Actitudes**. Psicología Social. Mc Graw Hill 2ª edic. España 1999.

- 22. Vargas-Trujillo E., Barrera F. **Adolescencia, Relaciones Románticas y Actividad Sexual: Una revisión.** Revista Colombiana de Psicología, 2002, No. 11, 115-134
- 23. Richard D. Muma. **Manual del HIV para profesionales de la salud.** Manual Moderno. 1ª. Edición.
- 24. http://www.tdr.cesca.es/TESIS_urv/AVAILABLE/TDX-0209104-085732//02CapituloPartel.pdf consultada 23 10 2008
- 25. Ajzen I. Nature and Operation of Attitudes. Annu. Rev. Psychol. 2001. 52: 27-58
- 26. "Fundamentación de la evaluación de actitudes en la evaluación nacional 2001"
 Unidad de Medición de Calidad Educativa y GRADE julio 2001.
- 27. Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 1ª. Edición.
- 28. Whittaler, James O. "Psicología". Editorial Interamericana, 1984: 391.
- 29. Diane E. "Psicología de la Papila". Editorial Mc Graw Hill, 1990: 613.
- 30. Fishbein M., Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research. Chapter 2. pp 21-50. Addison-wesley, Social Psichology, Massachusets, 1975.
- 31. Reyes L. **Teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes.**Universidad Pedagógica de Durango, 2007, pp66-77
- 32. Relación de las actitudes con respecto a las conductas: Teoría e investigación.

 Disponible en www.teoriasycomportamientos_archivos.htm y La actitud según Fishbein www.teoriaaccionrazon_archivos
- 33. Ajzen, I., Fishebein M. (1980). **Understanding attitudes and predicting social behavior.**Londres: Prentice Hall International.
- 34. http://www.uc3m.es/uc3m/dpto/IAM/MKT2/introdactitud. htm consultada 19 10 2008

- 35. Ajzen, I., Fishbein, M. (1970). **The prediction of behavior from attitudinal and normative variables.** Journal of Experimental Social Psychology, 6, 466-487.
- 36. http://www.12manage.com/methods-heider-attribution-theory-es.html consultada 19 10 2008
- 37. Benjamín Bloom. **Taxonomía de los objetivos de la educación.** El Ateneo. 9ª. Edición.
- 38. Fishbein M., Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research. Chapter 3. pp53-105. Addison-wesley, Social Psichology, Massachusets, 1975.
- 39. Eisenberg GF. Investigación al día. Las Actitudes. ITESH-CAMPUS Estado de México, Noviembre 2003.
- 40. Gatell J.M. et. col. **Guía Práctica del SIDA Clínica, Diagnóstico y Tratamiento.** Masson. 8a. Edición.
- 41. Translation, Adaptation and Validation of an Instrument to Evaluate HIV/AIDS.

 Knowledge and Attitudes for use with Salvadorian High School Students. Disponible en http://etd.fcla.edu/SF/SFE0000507/carloszometafinal.pdf