

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, SUSCEPTIBILIDAD
Y AUTOEFICACIA FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL
VIH EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “CRISTO REY 16006” FILA ALTA,
CAJAMARCA-PERÚ; 2017**

Tesis para obtener el título profesional de
Licenciada en Enfermería

AUTORA

Lidia de Jesús Clavo Majuán

ASESORA

Albila Beatriz Domínguez Palacios

JAÉN, CAJAMARCA, PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, SUSCEPTIBILIDAD
Y AUTOEFICACIA FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL
VIH EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “CRISTO REY 16006” FILA ALTA,
CAJAMARCA-PERÚ; 2017**

Tesis para obtener el título profesional de
Licenciada en Enfermería

AUTORA

Lidia de Jesús Clavo Majuán

ASESORA

Albila Beatriz Domínguez Palacios

JAÉN, CAJAMARCA, PERÚ

2018

© copyright 2018 by
LIDIA DE JESÚS CLAVO MAJUÁN
Todos los derechos reservados

Clavo Majuán Lidia de Jesús, 2018. **Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la institución educativa “Cristo Rey 16006” fila alta, Cajamarca-Perú; 2017**
Escuela Académico Profesional de Enfermería

Disertación académica para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería-
UNC 2018

Asesora: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Profesora principal adscrita a la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC
92 páginas

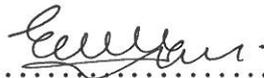
Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la institución educativa “cristo rey 16006” fila alta, Cajamarca-Perú; 2017

AUTORA: Lidia de Jesús Clavo Majuán

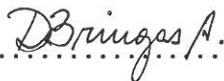
ASESORA: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la universidad nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
Francisca Edita Díaz Villanueva
Presidenta



.....
Doris Elizabeth Bringas Abanto
Secretario(a)



.....
Milagro de Jesús Portal Castañeda
Vocal

Se dedica este trabajo:

A Dios; a mi madre Lidia Majuán quien con su ejemplo, su fortaleza, su amor y su comprensión me alienta siempre a seguir adelante, a mi padre Galbarino Clavo, por su incondicional apoyo, por sus consejos que encaminaron mi vida, por sus enseñanzas y por su gran amor.

A Enrique y Ana Cristina Clavo por su aliento y apoyo de hermanos y por el hermoso regalo de existir en mi vida.

Se agradece:

A la Escuela de Enfermería de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, a sus autoridades, al personal docente y administrativo que lo conforman.

A la Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios, por su apoyo incondicional, a ella mi agradecimiento imperecedero.

Mi agradecimiento sincero a las autoridades, docentes y estudiantes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, por su aporte en el desarrollo de la investigación.

Tabla de contenidos

Agradecimiento.....	vii
Tabla de contenidos.....	ix
Lista de tablas.....	xi
Lista de gráficos.....	xii
Lista de anexos.....	xiii
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.1.Planteamiento del problema.....	3
1.2.Justificación del estudio.....	5
1.3.Objetivo general y específicos.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1. Antecedentes del estudio.....	7
2.2. Bases teóricas.....	9
2.2.1. Modelo de creencias de salud. Un modelo teórico para la prevención del VIH/SIDA.....	9
2.2.2. Generalidades sobre conocimientos.....	12
2.2.3. Actitudes.....	14
2.2.4. Susceptibilidad percibida.....	17
2.2.5. Autoeficacia percibida.....	19
2.2.6. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	21
2.2.7. Adolescencia.....	25
2.3. Hipótesis de investigación.....	26
2.4. Variables de estudio.....	26
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	27
3.2. Población.....	28
3.3. Muestra.....	29
3.4. Técnicas e instrumentos.....	30
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	31
3.6. Criterios éticos de la investigación.....	32

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
4.1. Resultados.....	34
4.2. Discusión.....	46
4.3. Conclusiones.....	51
4.4. Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	57

Lista de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre el VIH/sida y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey fila Alta Jaén, 2017	38
Tabla 2. Actitud y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	39
Tabla 3. Percepción de la susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA de adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	40

Lista de figuras

Figura 1. Adolescentes, según nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	34
Figura 2. Adolescentes, según actitud frente al VIH/SIDA. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	35
Figura 3. Adolescentes, según susceptibilidad frente al VIH/SIDA. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	36
Figura 4. Adolescentes, según nivel de autoeficacia frente al VIH/SIDA. Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	37
Figura 5. Grupo de edad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	41
Figura 6. Grupo de edad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017	42

Lista de anexos

Anexo 1: Escala para medir conocimientos, actitud, susceptibilidad y autoeficacia respecto a la prevención DELVIH/SIDA	58
Anexo 2: Solicitud para obtener permiso para la aplicación de la encuesta	61
Anexo 3a: Consentimiento informado	62
Anexo 3b: Asentimiento informado	63
Anexo 4: Libro de códigos	65
Anexo 5: Operacionalización de variables	66
Anexo 6: Matriz de consistencia	67
Anexo 7. Tablas complementarias	69

Lista de abreviaturas

VIH	: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
MINSA	: Ministerio de Salud
IE	: Institución Educativa
OMS	: Organización Mundial de la Salud
MCS	: Modelo de Creencias de Salud
ITS	: Infecciones de Transmisión Sexual
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ONU	: Organización de las Naciones Unidas

Glosario

Percepción. Impresiones, que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos¹.

Sida. Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición².

Institución educativa. Es un conjunto de personas y bienes promovidos por las autoridades públicas o por particulares, cuya finalidad será prestar un año de educación preescolar y nueve grados de educación básica como mínimo y la media³.

Prevención. Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida⁴.

RESUMEN

Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la institución educativa “cristo rey 16006” fila alta, Cajamarca-Perú; 2017

Autora: Lidia de Jesús Clavo Majuán¹

Asesora: Albila Beatriz Domínguez Palacios²

La investigación tuvo como objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH, en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey, Jaén. Estudio descriptivo correlacional. Se estimó una muestra de 154 adolescentes, aplicando un muestreo probabilístico estratificado. Para la recolección de los datos se utilizó la *Escala VIH/SIDA-65*, previo consentimiento y asentimiento informado. Los datos fueron procesados en el programa SPSS Ver. 21 y analizados utilizando estadística descriptiva y la prueba D de SOMERS. Los principales resultados son: 50% de adolescentes tienen alto nivel de conocimientos, 58% actitud negativa, 65,6% baja susceptibilidad y 79% alta autoeficacia frente a la prevención del VIH/SIDA. Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y la autoeficacia ($p < 0,005$). Respecto a la relación entre algunas características sociodemográficas y la autoeficacia, existe diferencias significativas con la edad pero no con el sexo y grado de instrucción.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, disponibilidad, autoeficacia, Virus de la inmunodeficiencia adquirida.

¹ Aspirante a Licenciada en Enfermería (Bach.Enf. Lidia de Jesús Clavo Majuán, UNC)

² Albila Beatriz Domínguez Palacios. Doctora en Salud Pública. Profesora principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC.

ABSTRACT

Knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy against HIV prevention in adolescents of the educational institution "Cristo Rey 16006" row high, Cajamarca-Peru; 2017

Author: Lidia de Jesús Clavo Majuán¹

Advisor: Albila Beatriz Domínguez Palacios²

The objective of the research was to determine the relationship between the level of knowledge, attitude, perception of susceptibility and self-efficacy in the prevention of HIV, in adolescents of the Cristo Rey educational institution, Jaén. Correlational descriptive study. A sample of 154 adolescents was estimated, applying a stratified probabilistic sampling. For the collection of data, the HIV / AIDS-65 scale was used, with prior informed consent and consent. The data were processed in the SPSS Ver. 21 program and analyzed using descriptive statistics and the SOMERS D test. The main results are: 50% of adolescents have high level of knowledge, 58% negative attitude, 65.6% low susceptibility and 79% high self-efficacy against the prevention of HIV / AIDS. It is concluded that there is a significant relationship between the level of knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy ($p < 0.005$). Regarding the relationship between some sociodemographic characteristics and self-efficacy, there are significant differences with age but not with sex and level of education.

Keywords: Knowledge, attitudes, availability, self-efficacy, Acquired immunodeficiency virus.

¹ Aspirant to Licentiate in Nursing (Bach.Enf.Lidia de Jesús Clavo Majuán, UNC)

² Albila Beatriz Domínguez Palacios. Doctor in Public Health. Professor at the Faculty of Health Sciences of the UNC.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos confrontan un riesgo serio de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que a su vez causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A pesar de que existe un mayor entendimiento y conciencia, la infección del VIH es una amenaza seria para los adolescentes heterosexuales tanto como para los homosexuales. Cuando los adolescentes asumen ciertos riesgos, es más probable que se contagien con el VIH y que desarrollen el SIDA.

El VIH y el SIDA, desde que surgieron, han estado acompañados por el miedo, el estigma, la discriminación y en muchos países por la marginación. Estos factores han determinado las actitudes de las personas con relación a la infección.

En el Perú y específicamente en la región Cajamarca, existe data sobre el impacto del VIH/SIDA, pero escasa información sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA en los adolescentes, al ser los jóvenes particularmente sensibles a la infección se considera que el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH es necesario, tanto para la prevención como para la intervención en el tema.

Sin embargo, tener conocimientos, no son suficientes para generar conductas preventivas frente a la infección, es necesario además conocer cuáles son las actitudes, el grado de susceptibilidad y la autoeficacia.

De allí que esta investigación, de diseño correlacional tuvo como objetivo establecer la relación entre los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al

VIH en una muestra de 154 adolescentes de una institución educativa del nivel secundario.

La relevancia teórica del estudio está dada porque el estudio aportará evidencia empírica sobre el tema a nivel local, donde aún existe vacío de conocimientos. Tiene un imperativo ético y social, debido a que involucra a un grupo de población vulnerable, como son los adolescentes, quienes muchas veces experimentan su primera relación sexual sin protección, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y al VIH. La relevancia práctica, viene dada por que el aporte de la información constituye una fuente valiosa para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de vida comportamientos saludables; más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de personas con SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes.

La principal limitante, estuvo relacionada con la escasa evidencia empírica a nivel local que facilite el análisis comparativo de los hallazgos.

El estudio está estructurado de la siguiente manera: Capítulo I: Planteamiento del problema, justificación y objetivos. Capítulo II: En este capítulo se exponen los antecedentes del estudio, bases teóricas, hipótesis y variables. Capítulo III: describe el diseño y tipo de estudio, población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos, procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas y limitaciones para el estudio. Capítulo IV: Aquí se describe, analiza y discute los resultados a la luz del marco empírico teórico. Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana –VIH, sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo¹. Cerca de 36,7 millones de personas vivían con la infección, en el 2015^{2,6,7}. Se estima que 1 millón fallecieron en estos países a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA⁶, estas muertes representan una incalculable pérdida humana y consecuencias en las familias y las comunidades⁸.

Según el comportamiento epidemiológico de esta patología, los adolescentes de 15 a 24 años se ven particularmente afectados por la infección⁹. En América Latina, 740,000 jóvenes de éste grupo de vida viven con el VIH¹⁰. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF en Perú¹¹ hasta el 2014, se han reportado 31 893 casos. 4.8% de los afectados son menores de 19 años de edad.

Estudios como el de Fernández de Araujo¹² han puesto de manifiesto que no se trata únicamente de usar preservativo o adherirse a los tratamientos antiretrovirales, sino que se debe tener en cuenta que el contexto de la infección por VIH implica conductas complejas influenciadas por múltiples factores, desde el conocimiento de una persona sobre la enfermedad, las actitudes, las creencias, la percepción de la susceptibilidad, hasta la autoeficacia de las parejas.

A escala mundial, sólo 3 de cada 10 jóvenes de 15 a 25 años disponen de conocimientos precisos y exhaustivos sobre el VIH¹³. La falta de información sobre la prevención del VIH y de poder para utilizar esta información en las relaciones

sexuales, incluso en el contexto del matrimonio, merma la capacidad para negociar medidas de protección y disfrutar de unas prácticas sexuales más seguras¹³.

Para Castillo et al.¹⁴ en Colombia la deficiencia en los conocimientos se percibe como una de las mayores razones por las que aumenta la vulnerabilidad en los jóvenes, sobre la cual influyen creencias y mitos de origen cultural. En Perú, los casos de VIH en este grupo de la población están relacionados más frecuentemente a la práctica de relaciones sexuales en condiciones inseguras, falta de educación sexual apropiada, en el desconocimiento de las medidas de protección, patrones culturales de género, contexto que empuja, principalmente a los varones, a situaciones riesgosas, tanto para su salud sexual como para la de sus parejas¹³.

Otra variable de importancia son las actitudes, éstas influyen en las conductas de riesgo, por tanto la percepción social y la actitud frente al VIH determinan el comportamiento frente a la infección. Algunos mitos presentes entre los jóvenes, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas en el entorno cercano pueden influir en las actitudes que el adolescente asume hacia su propia sexualidad y frente a las percepciones que tienen de aquellas personas que viven con la infección¹³.

Respecto a la percepción de susceptibilidad y la autoeficacia, diversos investigadores han encontrado que la mayoría de los adolescentes presentan déficit en el nivel de autoeficacia y una pobre percepción de susceptibilidad, lo que desencadenan la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección^{12,13}.

En Cajamarca, la provincia que más casos de VIH reporta es Jaén. Hasta la fecha tiene notificados 150 casos y hasta setiembre de 2016 se registraron cinco nuevos casos¹⁵.

Al igual que ocurre en otros países y ciudades del mundo, en Jaén los adolescentes son

los más afectados, puesto que a lo largo de esta etapa de la vida los jóvenes se enfrentan a factores de riesgo, entre ellos, tener déficit de conocimientos con relación al Virus de Inmunodeficiencia Humana, actitudes desfavorables frente a las medidas de prevención y problemas en la capacidad para asumir conductas positivas respecto a su protección, lo cual incide en las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta que este tema ha sido poco investigado a nivel local, despertó el interés de estudiar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes.

De lo expuesto, surgió la necesidad de formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa (IE) Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017?

1.2. Justificación

Conocer qué sabe, cuáles son las actitudes, cuan susceptibles se perciben, que auto eficaces son los jóvenes frente a la prevención del VIH, es de especial importancia, ya que si no se valora el riesgo de adquirir una enfermedad y la persona no cree ser capaz de ejecutar conductas saludables, no es posible realizar un cambio en los comportamientos de riesgo.

El estudio se justifica desde el punto de vista teórico, social y práctico. La relevancia teórica está dada porque el estudio aportará evidencia empírica sobre el tema a nivel local, donde aún existe vacío de conocimientos. Tiene un imperativo ético y social, debido a que involucra a un grupo de población vulnerable, como son los adolescentes,

quienes muchas veces experimentan su primera relación sexual sin protección, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y VIH.

La relevancia práctica, viene dada por que el aporte de la información constituye una fuente valiosa para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de vida comportamientos saludables; más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de personas con SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH, en adolescentes de la IE Cristo Rey, Jaén.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención respecto del VIH.
- b. Describir la actitud, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH.
- c. Identificar la relación entre el nivel de conocimientos, actitud, susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH que tienen los adolescentes de la IE Cristo Rey.
- d. Identificar la relación entre algunas características sociodemográficas de los adolescentes y la autoeficacia frente a la prevención del VIH que tienen los adolescentes de la IE Cristo Rey.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Castillo et al.¹⁴ realizaron un estudio el año 2017, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de la ciudad de Cartagena. Mostraron que la edad promedio de los adolescentes fue de 15,6 años (DE = 0,9 años), mayoritariamente de sexo femenino (65,6% (380)). El 45% (261) presenta conocimientos deficientes, 55% (318) ideas erróneas sobre la enfermedad, 69,6% (400) mostraron actitudes negativas, 46,1% (266) no se consideran susceptibles para contraer la enfermedad y 49,5% (286) mostró baja autoeficacia para la prevención de la infección. Concluyeron: Los pocos conocimientos sobre el VIH y sus modos de transmisión, mezclados con ideas erróneas aumentan la probabilidad de contraer la infección entre los adolescentes, sobre todo, cuando se suman actitudes negativas, baja percepción de susceptibilidad y poca autoeficacia para la prevención.

Uribe¹⁶ desarrolló una investigación para Evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales en Colombia, el año 2011, teniendo en cuenta que son los principales agentes de cambio a los que acude la comunidad. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA. Concluye: aunque los profesionales poseen conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia frente a la infección por VIH/SIDA, es necesario fortalecer estrategias que refuercen algunos conceptos y comportamientos favorables

frente al VIH/SIDA ya que son necesarios para las intervenciones dirigidas a la población que accede a los servicios que prestan los profesionales de salud, con el fin de propiciar actitudes y capacidades en el autocuidado de la comunidad.

Ferrer et al.¹⁷ en una investigación realizada en Chile, el año 2011, evaluaron la relación existente entre conocimientos y autoeficacia asociados al VIH/SIDA en mujeres en desventaja social. Los resultados fueron: Edad promedio de 32.3±9.1 años, 72,2% vive con su pareja y 42,7% poseen educación media completa. La puntuación media de los conocimientos sobre el VIH fue de 8.9±2.5, mientras que para las tres escalas empleadas para medir autoeficacia fueron: “Normas de los pares” =9.8±3.6, “intención de reducir conductas de riesgo” =12.2±3.6 y “Self Efficacy Form”=20.2±4.7. Los conocimientos tuvieron una correlación positiva débil con la “intención de reducir conductas de riesgo” ($r=0.19$; $p<0.0001$). Concluyeron que existe una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

Uribe et al.¹⁸ en el 2009 desarrollaron una investigación para Identificar la percepción de susceptibilidad frente al VIH/SIDA y la autoeficacia en el uso del preservativo en adolescentes de la ciudad de Santiago de Cali. Los autores encontraron diferencias significativas en la autoeficacia en función del género ($p<0,003$) y la edad ($p<0,005$), y en la susceptibilidad en función del género ($p<0,006$). Concluyeron que los jóvenes con mayor predisposición al VIH/SIDA son adolescentes varones entre los 16 y los 18 años de edad, que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos; y que las mujeres jóvenes tienen mayor susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA que los varones, lo cual posiblemente las hace más proactivas en la prevención de las enfermedades. De cualquier modo, los datos de esta investigación y los altos índices

de VIH/SIDA en los adolescentes permiten considerar como prioritaria la realización de programas de prevención en salud sexual y reproductiva, que tengan en cuenta las necesidades propias de la población adolescente, sus características sociodemográficas (género, edad, estrato) y sus condiciones psicopatológicas.

En Lima - Perú, el año 2013, Diestra⁹ al determinar la actitud del adolescente hacia la prevención de ITS/VIH, descubrieron que del 100% (71), 50% (35) muestran una actitud de indiferencia, 30% (22) aceptación y 20% (14) rechazo. En la dimensión factor de riesgo 92% (66) tienen indiferencia, 5% (3) aceptación y 3% (2) rechazo. En la dimensión medidas de prevención 97% (69) indiferencia y 3% (2) rechazo. En cuanto a la dimensión exposición de riesgo a la pareja tenemos que el 100% (71) presentan una actitud indiferencia. Concluyó que la mayoría de adolescentes tienen una actitud de indiferencia hacia la prevención de ITS/VIH referida a que tienen relaciones con una meretriz (prostituta) y si uno se cuida, es difícil contagiarse de una ITS/VIH.

2.2. Base teórica

2.2.1. Modelo de creencias de salud. Un modelo teórico para la prevención del VIH/SIDA

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model ¹⁹.

El modelo de Creencias de Salud, es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa. Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras

que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso. Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado, tenemos la percepción de amenazas contra la salud y por el otro lado, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. Cada uno de estos factores considera, a su vez, otras variables.

La percepción de amenaza contra la salud está conformada por:

1. Valores generales para la salud. Se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que poseer una buena “salud” es una característica prioritaria de las personas.

2. Percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad. Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermarse. En el caso de ya estar enfermo, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.

3. Percepción de la gravedad. Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermarse incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas, entre otras. Cabe hacer mención que la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, en su conjunto, pueden etiquetarse como “percepción de amenaza”.

Por otro lado, las características que le dan origen a las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza, tiene que ver con:

- a) Percepción de beneficios. Son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.
- b) Percepción de los costos de acción o barreras. Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.
- c) Creencia en la eficacia de los medios concretos. Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determina conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

La emisión de conductas sexuales seguras para la prevención de la transmisión del VIH, es el resultado de que los adolescentes consideren su salud como un elemento importante en sus vidas, crean que son vulnerables al contagio del VIH y perciban qué tan grave es para su salud ser portador del VIH (con estos elementos podemos decir que se cumpliría con la percepción de amenaza).

La otra parte del modelo, consiste en que las personas perciban los beneficios obtenidos de un estado de salud libre de enfermedades, que las personas crean que cualquier medida preventiva en la transmisión del VIH (desde el uso del condón hasta el abstenerse de tener relaciones sexogenitales) vale la pena para evitar el contagio del mismo, pese a las características que dicha medida implica y que las personas se consideren capaces de poder llevar a cabo comportamientos que garanticen la

conservación de su salud y el logro de su objetivo (en este caso evitar la transmisión del VIH).

Desde este modelo, los estudios realizados con respecto al VIH/SIDA suponen que con la percepción de amenaza frente a la transmisión del VIH y una fuerte creencia sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza, mayor será la emisión de conductas preventivas ante la posibilidad del contagio del VIH ^{19,20}.

2.2.2. Generalidades sobre conocimientos

Definición

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje o a través de la introspección. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Es decir, el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto ²⁰.

El conocimiento es propiedad de los individuos, en cambio gran parte es producido y mantenido colectivamente. Está arraigado en la experiencia y habilidades de la persona.

Tipos de conocimiento.

De acuerdo con De Long y Fahey citado por Zegarra²¹, existen tres tipos de conocimiento:

- a) *Conocimiento humano*, que representa lo que las personas saben o saben cómo hacer. Es manifestado a través de las habilidades, y normalmente comprende conocimiento tácito y explícito. Este tipo de conocimiento puede ser físico (como el saber operar un equipo) o puede ser cognitivo (conceptual o abstracto);

- b) *Conocimiento social*, es el conocimiento que existe en las relaciones entre individuos o entre los grupos. El conocimiento social o colectivo es de naturaleza tácita y está compuesto por normas culturales que existen como resultado del trabajo conjunto. Por tanto, este tipo de conocimiento es algo más que la suma de conocimientos individuales;
- c) *Conocimiento estructurado*, es aquel que está incorporado en los sistemas organizacionales, procesos, reglas y rutinas. Este tipo de conocimientos es explícito y basado en reglas²¹.

Según el modo de conocer, el conocimiento puede ser:

1. *Conocimiento vulgar*: es el modo corriente, común y espontáneo de conocer, se adquiere a partir del contacto directo con las personas y las cosas, en la vida cotidiana. Este tipo de conocimiento se posee sin haberlo estudiado o buscado, sin haber reflexionado ni aplicado ningún método. Se caracteriza por ser sensitivo, subjetivo, y no sistemático.
2. *Conocimiento científico*: este tipo de conocimiento se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando la reflexión, los razonamientos lógicos y responden a una búsqueda intencionada, que delimita los objetos y los medios de indagación²².

Conocimiento sobre VIH en adolescentes

Los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH e influyen las diferentes ideas, comportamientos frente a la infección, las vías de transmisión y la forma de prevención²³. Algunas investigaciones han observado que los adolescentes no cuentan con suficiente conocimiento ni habilidad frente al VIH/SIDA; entre ellos se puede mencionar la investigación por Cahuachi²⁴ quien encontró que el conocimiento, frente al VIH/SIDA, de los jóvenes, 51,2% tuvo nivel de conocimiento deficiente sobre el VIH/SIDA

2.2.3. Actitudes

Definición

Son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí²⁵.

Las actitudes son aprendidas, tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo, siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular, una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen; en efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después, otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa; por último otras dependen directamente del individuo.

El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes²⁵.

Componentes

Sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.

Los componentes cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

Los componentes afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...). Los componentes conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud. Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados²⁵.

Teorías de las actitudes

Entre las teorías de las actitudes tenemos:

Teoría del aprendizaje: Según esta teoría se aprende actitudes del mismo modo en que se asimila todo lo demás. Al recibir nueva información se desarrollan las ideas, los sentimientos y las acciones asociadas a estos aprendizajes. El conocimiento de las

actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. En la medida en que se recompensa (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Ej.: Al aprender nuevos conocimientos sobre Métodos anticonceptivos, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en su conducta, partiendo de la nueva información adquirida²⁶.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa en el aprendizaje de nuevas actitudes, relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. Las personas difícilmente reconocen su inconsistencia, sino que tratan de justificarla²⁷.

Teoría de la disonancia cognitiva: Puede provocar un conflicto si se tiene dos actitudes incompatibles entre sí, que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja, esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. Ej.: normalmente una persona que tiene sexo sin protección tienen conciencia de lo que está haciendo; sin embargo, lo siguen haciendo, debido a que se hacen creer que el placer que les produce compensa lo que en un futuro les ocurrirá^{27,28}.

Evaluación de las actitudes

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser de intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada. La medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcionen a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deducen o infieren las actitudes.

La actitud de aceptación, es positiva cuando se organiza la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación.

Respecto a la actitud de rechazo, cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya, el recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismos de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión, los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrantes ²⁶.

Actitud hacia el VIH en adolescentes

Es la predisposición del adolescente respecto al VIH. Respondiendo de manera favorable o desfavorable. La evidencia empírica señala que los adolescentes tienen actitudes desfavorables respecto al ITS y el VIH. Sin embargo, se observa que a mayor conocimiento sobre la transmisión del VIH, mejores son las actitudes del adolescente²⁹.

2.2.5. Susceptibilidad percibida

La susceptibilidad es definida como la percepción de un individuo del riesgo que tiene ante una enfermedad determinada. De acuerdo con Uribe se establece que si las personas se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, no emitirán esa conducta de riesgo³⁰.

En este sentido, si el adolescente se percibe en riesgo de adquirir la infección por VIH, éste emitirá conductas de prevención, relacionando así conductas y consecuencias. Por tanto, una alta susceptibilidad frente al VIH/SIDA es de gran importancia dentro de la

salud sexual y reproductiva de los adolescentes, porque al percibir el riesgo de adquirir esta infección y conocer las consecuencias negativas que puede generar, posiblemente optarán por la ejecución de conductas saludables y la disminución de comportamientos de riesgo³¹.

La susceptibilidad es otra variable fundamental para el desarrollo de conductas de protección en los adolescentes.

Identificar la susceptibilidad percibida permite definir la población en riesgo, sus posibles niveles de riesgo, modificarla si se identifica que es baja, etc. El riesgo percibido de enfermarse es valorado individualmente a partir de factores como: exposición y susceptibilidad a un riesgo, la severidad de sus consecuencias y las posibilidades de controlarlo. También se le ha llamado modelo mental de riesgo debido a que la percepción de riesgo se fundamenta en grupos de creencias que mezclan conocimientos, ignorancia e información errónea³⁰.

En un estudio donde se relacionaban las creencias sobre la infección por el VIH y la vulnerabilidad percibida y las actitudes frente al VIH, indican que a mayor creencia inadecuada mayor es la actitud negativa frente a las personas diagnosticadas, y a su vez tanto la vulnerabilidad percibida como la autoeficacia es menor³¹.

Se sabe que los adolescentes incurren frecuentemente en situaciones de riesgo y se comportan de forma irreflexiva ante las presiones de su grupo social, no debe dejarse de lado que otros grupos de edad sólo difieren en la expresión formal de las conductas, pero no dejan de someterse constantemente a situaciones de riesgo³².

2.2.6. Autoeficacia percibida

Este concepto, fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados^{33,34}.

De acuerdo a la teoría, la autoeficacia influye en cómo la persona siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas. Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones.

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes

y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia,

Algunos investigadores han conceptualizado un sentido general de autoeficacia como una competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes³⁵.

La autoeficacia como un componente importante en la reducción del riesgo frente al VIH/SIDA, se la entiende como un factor mediador en la motivación para ejecutar conductas y aprendizajes relacionados con el VIH/SIDA.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en relación con la autoeficacia, diversos estudios han identificado que las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas preventivas, como lo es el rechazo a tener relaciones sexuales, no incurrir en prácticas de alto riesgo y en expresar reafirmaciones por el interés de protegerse, pero se identifica que los hombres tiene mayor autoeficacia en el uso del preservativo¹⁸.

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia³⁵.

2.2.7. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana. VIH

Definición

Es una enfermedad infecciosa causada por un agente transmisible, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En ausencia de tratamiento efectivo, el VIH produce un estado de inmunodeficiencia progresiva que es debida fundamentalmente a una disminución de los linfocitos T CD4. Esto predispone al paciente a padecer infecciones y tumores cuya frecuencia y gravedad guardan relación con el recuento de linfocitos T CD4 que quedan en la sangre ³⁶.

Mecanismos de transmisión de la enfermedad

El VIH se puede transmitir por tres mecanismos bien establecidos:

- a. Transmisión sexual. Exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales.
- b. Transmisión sanguínea. Exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y trasplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas.
- c. Transmisión perinatal. Transmisión de una madre infectada a su producto, esto se ha llamado transmisión vertical. La infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia³⁶.

Cuadro clínico

Habitualmente, la infección aguda por VIH, es decir, el momento en el que se produce la infección en una persona, no suele producir síntomas o pasan desapercibidos. Si se originan síntomas en esta fase suelen ser inespecíficos (fiebre, cefalea, malestar)

aunque, en ocasiones, son más llamativos y específicos (manchas en la piel, meningitis vírica, aumento del tamaño de los ganglios en cuello y otras regiones). Estos síntomas obligan a descartar infección aguda por VIH si aparecen entre 2 y 4 semanas después de una práctica de riesgo para adquirir la infección. Los síntomas suelen durar 7-10 días, tras los cuales el paciente queda asintomático y entra en la fase crónica de la enfermedad.

Aunque el paciente se encuentra asintomático, sigue progresando la inmunodeficiencia que, llegado determinado nivel, permitirá la aparición de complicaciones (en general por debajo de 350 linfocitos CD4/mm³). Pueden aparecer complicaciones clínicas menores (candidiasis oral, herpes zoster, dermatitis seborreica extensa y persistente, etc) o analíticas (disminución de las plaquetas, glóbulos blancos o glóbulos rojos). Si no se administra tratamiento, pueden aparecer complicaciones asociadas a la inmunodepresión severa (en general, por debajo de 200 linfocitos CD4/mm³). Se trata de complicaciones oportunistas ya sean infecciones (candidiasis esofágica, formas graves de neumonía, meningitis o diarrea, etc) o tumores (sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, cáncer de cuello uterino) ³⁶.

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por el VIH se puede realizar mediante dos tipos de pruebas:

a) Pruebas presuntivas o de tamizaje.

Este tipo de pruebas presenta una alta sensibilidad y una muy buena especificidad y se utilizan como primera opción en individuos en los que se sospecha de infección por el VIH. Entre ellas están los ensayos inmunoenzimáticos (ELISA en todas sus

variantes), aglutinaciones y las llamadas pruebas rápidas, cuyos formatos van desde los ensayos inmunoenzimáticos en punto (dot ELISA) hasta las inmunocromatografías. Todas las pruebas de tamizaje deben ser confirmadas.

b) *Pruebas confirmatorias.*

Las pruebas confirmatorias presentan una buena sensibilidad y una excelente especificidad. La más utilizada de todas es la inmunoelectrotransferencia (western blot); sin embargo, también la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación se consideran como pruebas confirmatorias.

Además, se incluyen pruebas suplementarias:

Son los métodos del laboratorio que permiten predecir la progresión de la enfermedad y valorar el estado inmune del paciente; la cuenta de linfocitos CD4 y de carga viral, son los marcadores de progresión más utilizados para el seguimiento clínico de pacientes VIH positivos ³⁶.

Tratamiento

El tratamiento de la infección por VIH consiste en la administración de tres medicamentos para el virus (denominados fármacos antirretrovirales). Este tratamiento es altamente eficaz, bien tolerado y de administración sencilla.

Se utilizan combinaciones de fármacos antirretrovirales (HAART- siglas en inglés: Highly Active Antiretroviral Therapy) o TARGA en español (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad). Existen varios esquemas, que se van modifican de acuerdo a los resultados. Es necesario agregar que además del tratamiento

antirretroviral, los pacientes deben recibir tratamiento para infecciones oportunistas asociadas ³⁶.

Medidas de control y prevención

- Promoción y el suministro de preservativos y otras formas de prevención;

Los preservativos son un elemento crucial para un enfoque integral y sostenible de la prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Éstos proporcionan una barrera impermeable para partículas del tamaño del espermatozoides y los patógenos de las ITS, incluido el VIH. Los preservativos de calidad deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio bajo³⁹.
- Intervenciones clínicas eficaces;
- Hacer énfasis en las actividades educativas en niños y adolescente. Donde se resalten que la infección del VIH se puede prevenir tomando decisiones sensatas y responsables, lo que incluye: retrasar las relaciones sexuales hasta el matrimonio; fidelidad mutua de la pareja en una relación permanente y estable; y la honestidad, dialogo franco y conducta responsable.
- Promover en los niños y adolescentes el inicio de la práctica sexual hasta el matrimonio o hasta que tenga la madurez necesaria para que pueda establecer una relación de pareja, que le permita continuar su proyecto de vida, y disfrutar la sexualidad de una manera responsable.
- Educar sobre las infecciones de transmisión sexual más comunes y la manera de cómo prevenirlas.
- Promover en las parejas la mutua fidelidad como un arma de protección para evitar contraer el VIH/Sida.

- Recomendar evitar los actos sexuales si cualquiera de la pareja ha tenido o tiene una enfermedad sexualmente transmitida, especialmente si esta es ulcerativa o con secreción.
- Uso del preservativo con parejas regulares si alguno de los dos han tenido prácticas de riesgo o infecciones sexualmente transmitidas anteriormente.
- Informar sobre la manera de cómo se contrae el VIH ³⁷.

2.2.8. Adolescencia

La adolescencia es la etapa del ciclo vital de los seres humanos en la que converge una compleja integración de procesos psicológicos, biológicos y sociales de las personas y de las condiciones económicas, históricas y socioculturales en las que se desenvuelven ³⁸.

Durante este periodo ocurren, cambios profundos y rápidos. Entre los primeros tenemos: fisiológicos, mentales, afectivos y sociales. Los adolescentes comienzan a sentirse independientes, es una época en la que se intenta hacer un nuevo proyecto de vida. En todas las culturas, la adolescencia significa un momento de cambio.

Supone el inicio de una larga etapa de incertidumbre social y personal. Los adolescentes se enfrentan a la superación de retos, sea cual sea el contexto en el que se desenvuelvan. La OMS (Organización Mundial de la Salud) postula que la edad de la adolescencia es entre los 11 y los 19 años, período que se divide entre adolescencia temprana (12 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años)³⁶. Para el presente estudio de investigación se tomará el rango de edad correspondiente a la adolescencia tardía, periodo de mayor vulnerabilidad al contagio del VIH/SIDA ³⁸.

2.3. Hipótesis

La relación entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la IE Cristo Rey, de Fila alta es estadísticamente significativa.

2.4. Variables e indicadores

Conocimiento sobre el VIH:

Alto

Regular

Bajo

Actitudes frente al VIH

Positivas

Negativas

Susceptibilidad frente al VIH

Alta

Baja

Autoeficacia frente al VIH

Alta

Baja

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

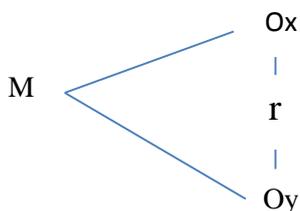
3.1. Tipo y diseño de estudio

Estudio no experimental, de diseño descriptivo, correlacional³⁹.

Descriptiva, porque permitió medir de forma independiente las variables, para luego integrar dichas mediciones y decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés.

Correlacional, porque mide el grado de relación entre las variables: en este caso midió la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH.

Su diagrama es el siguiente:



Dónde:

Ox: Variables: Nivel de conocimientos, actitudes y susceptibilidad respecto al VIH

r : Grado de relación

Oy: Variable autoeficacia respecto a la prevención del VIH

3.2. Población de estudio

La población elegida para realizar el estudio estuvo conformada por 256 estudiantes de la Institución Educativa (IE) Cristo Rey Fila Alta Jaén.

Cuadro 1. Población matriculada en la IE Cristo Rey Fila Alta, año 2017

Año de estudios	N°
Tercer año	106
Cuarto año	75
Quinto año	75
TOTAL	256

3.3. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Estudiantes del tercer, cuarto y quinto año
- Estudiantes varones y mujeres
- Estudiantes entre 14 a 19 años

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no asistan a clases durante el periodo de recojo de la información.

3.4. Unidad de análisis

Cada uno de los estudiantes matriculados en la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta, durante el año 2017.

3.5. Marco Muestral

Lo constituyó la nómina de estudiantes matriculados durante el año 2017, en los periodos académicos antes señalados.

3.6. Muestra

El tamaño de la muestra se estimó teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%, calculada a través de la siguiente fórmula para poblaciones conocidas:

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

Dónde:

N = Total de la población (256)

n = Muestra

Z_α = Coeficiente del 95% de confidencialidad (1.96)

p = Proporción esperada o de éxito (en este caso 5% = 0.5)

q = Probabilidad de fracaso equivale 0.5

d = Nivel de error 0.5% = 0.05

$$n = \frac{(256) \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (256-1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = 154$$

La muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional teniendo en cuenta el número de adolescentes matriculados en los grados: tercero, cuarto y quinto año y el sexo; según se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Muestra estratificada poblacional por año de estudios y sexo

Estrato/Año de estudios/sexo		Total de cada grupo		Fracción de grupo	Muestra por estrato	Muestra de los grupos
Tercer año	H	57	106	0,7	42	76
	M	49		0,7	34	
Cuarto año	H	34	75	0,5	17	39
	M	41		0,5	22	
Quinto año	H	45	75	0,5	24	39
	M	30		0,5	15	
Muestra total			256			154

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó la *Escala VIH/SIDA-65*, utilizada en Colombia por Castillo et al.¹⁴ y en otras investigaciones. La Escala VIH/SIDA-65 (Anexo 1), que consta de 65 ítems y se divide en cuatro sub escalas: conocimiento sobre el VIH (20 ítems); actitudes sobre aspectos relacionados con el VIH (20 ítems); percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (20 ítems).

Para las sub-escalas que evalúan conocimientos las opciones de respuesta fueron: “Falso”, “Verdadero” y “No sé”, para las otras sub escalas las opciones de respuesta a todos los ítems fueron: “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “No sé”.

Para la calificación de los conocimientos, se consideró un alto nivel, entre el 81- 100%, regular si el puntaje se encuentra entre 60 - 80% y malo si el porcentaje es menor de 60%. Para la escala de actitudes, se consideró: actitudes positivas o favorables. aquellas con un porcentaje superior al 60% y negativas las de porcentaje inferior. Esta misma escala porcentual, se aplicó para la determinación de la susceptibilidad y la autoeficacia (esta última calificada como baja y alta).

El análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad, que se muestra en los términos:

Estadístico de fiabilidad

Alfa de Crombach	N° de elementos
.79	65

El cuestionario fue validado por la autora, para adaptarlo a la realidad a través de una prueba piloto, aplicada a 18 adolescentes con características similares a la muestra. Este proceso permitió modificar algunas palabras de los ítems para adaptarlo a la realidad local, sin modificar el sentido de las frases.

3.8. Procedimiento para la recolección de datos

- a) En primera instancia se coordinó con los directivos de la institución educativa, a quienes se les explicó los objetivos y procedimientos de la investigación.
- b) Luego se hicieron las gestiones formales para obtener el permiso correspondiente. (Anexo 2)
- c) Posteriormente se diligenciaron los consentimientos informados por parte de los estudiantes y tutores, a quienes se les informó el contenido del instrumento, la forma y el tiempo requerido para su aplicación. (Anexo 3)
- d) Luego se inició el proceso de aplicación del instrumento, procurando en todo momento cumplir con los criterios éticos necesarios en la investigación con seres humanos.
- e) También se procedió a verificar el llenado del instrumento, para garantizar la calidad de la data.

- f) Finalmente se realizó el libro de código de respuestas para su procesamiento (Anexo 3).

3.9. Procesamiento y análisis de datos

- 1) Descripción del proceso de datos. Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico IBM SPSS para Windows versión 24. En seguida, se procesó utilizando el comando análisis y subcomando de frecuencias, los datos resumidos se presentan en tablas simples y tablas de contingencia; las que incluyen frecuencias absolutas y relativas porcentuales, complementados por diagramas de barras. Para la presentación se ha utilizado el programa de Microsoft Word 16.
- 2) Plan de análisis de datos. Para mejor interpretación y/o análisis de los resultados se presentaron estos resumidos en tablas y diagramas estadísticos, lo que sirvieron de base para la descripción, análisis y discusión de los resultados.

3.10. Criterios éticos de la investigación

- **Principio de respeto:** Comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información. Los participantes decidieron libremente si participan o no en la investigación.
- **Consentimiento informado:** Es importante tanto para el investigador como para el informante, dar a conocer los objetivos y la metodología a utilizar. Se les explicó previamente los instrumentos que se va a utilizar, se aclaró algunas dudas que se presentaron durante su aplicación y se les garantizó preservar la

confidencialidad de la data. Los adolescentes firmaron el asentimiento y además se obtuvo la autorización por escrito del tutor legal.

- **Principio de justicia:** Las participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto sin prejuicios ni discriminación.
- **Principio de beneficencia:** Implica el no dañar física o psicológicamente a las personas sometidas a investigación, por lo cual se tomaron las medidas preventivas necesarias para protegerlos contra cualquier tipo de daño o molestia, para ello se les comunicó que la información proporcionada no será utilizada en su contra.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

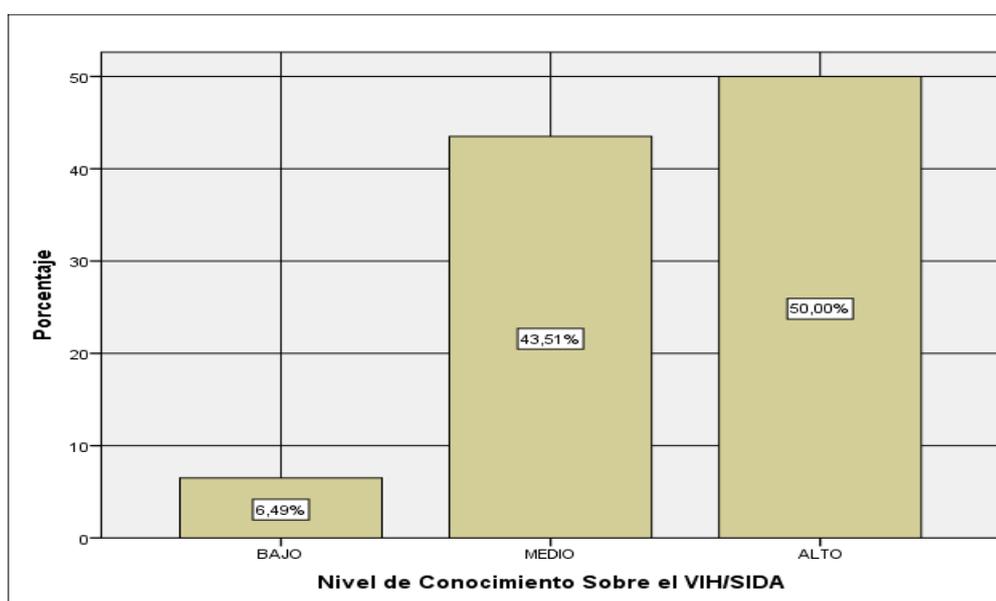
4.1. RESULTADOS

En el estudio participaron 154 adolescentes con edades entre 15 y 16 años (57,1). El 53,9% eran varones y 46,1% mujeres. Respecto al grado de instrucción, la mayoría de los adolescentes cursan el tercer grado 68 (44,2%) y 39 (25,3%) el segundo grado de educación secundaria.

En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de las subescalas contenidas en el VIH/65 y finalmente, se presenta el análisis bivariado.

4.1. 1. Nivel de conocimientos, actitud, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH.

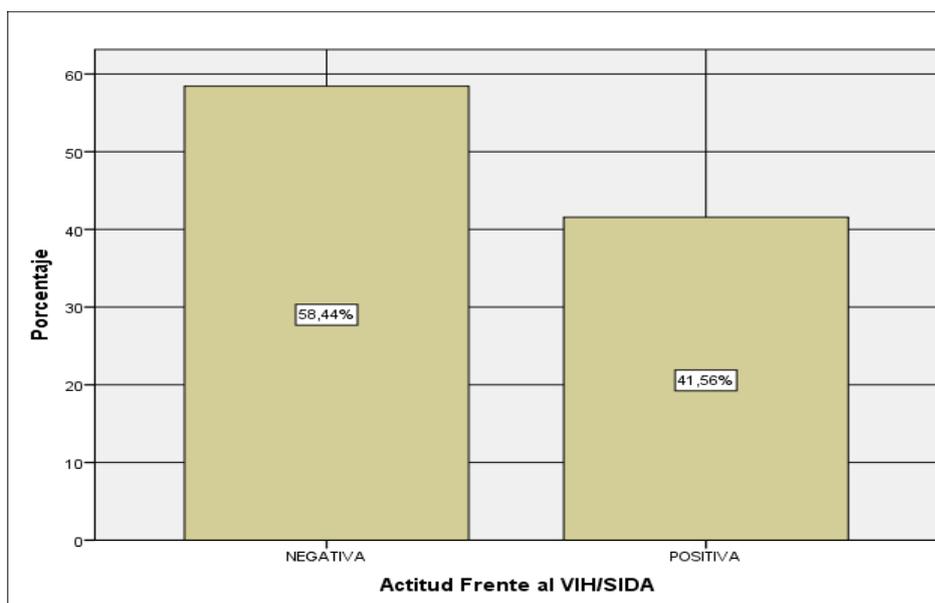
Figura 1. Adolescentes, según nivel de conocimientos sobre VIH. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017



Fuente: Cuadro 1, anexo 7

En la figura 1, se observa que la mayoría de los adolescentes de la muestra, 77 (50,0%) tienen nivel alto de conocimientos sobre el VIH, seguido por 67 (43,51%) con nivel medio.

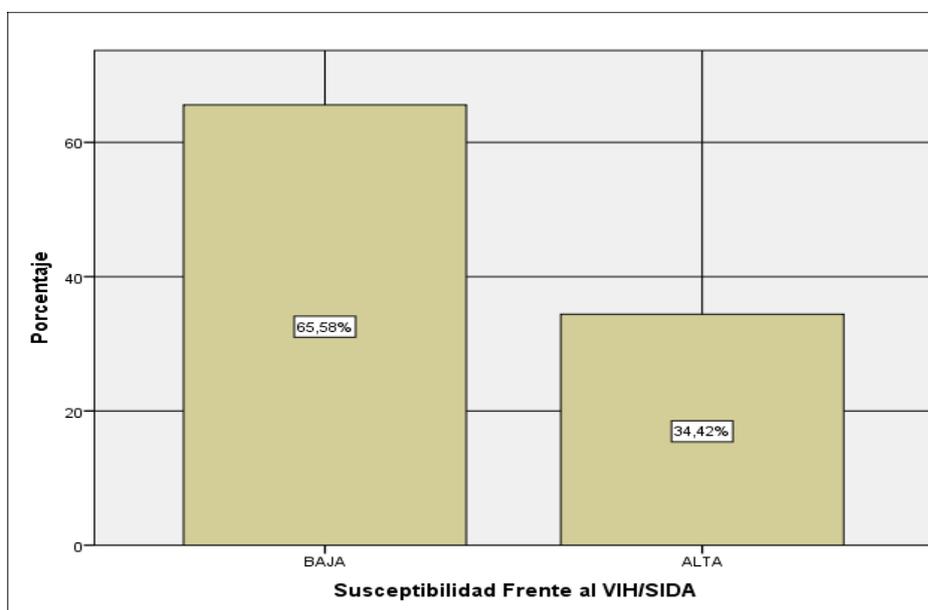
Figura 2. Adolescentes, según actitud frente al VIH. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017



Fuente: Cuadro 2, anexo 7

En la figura 2, se observa que de los adolescentes en la muestra, una mayoría 90 (58,4%) evidencian una actitud negativa frente al VIH y 64 (41,56%) una actitud positiva.

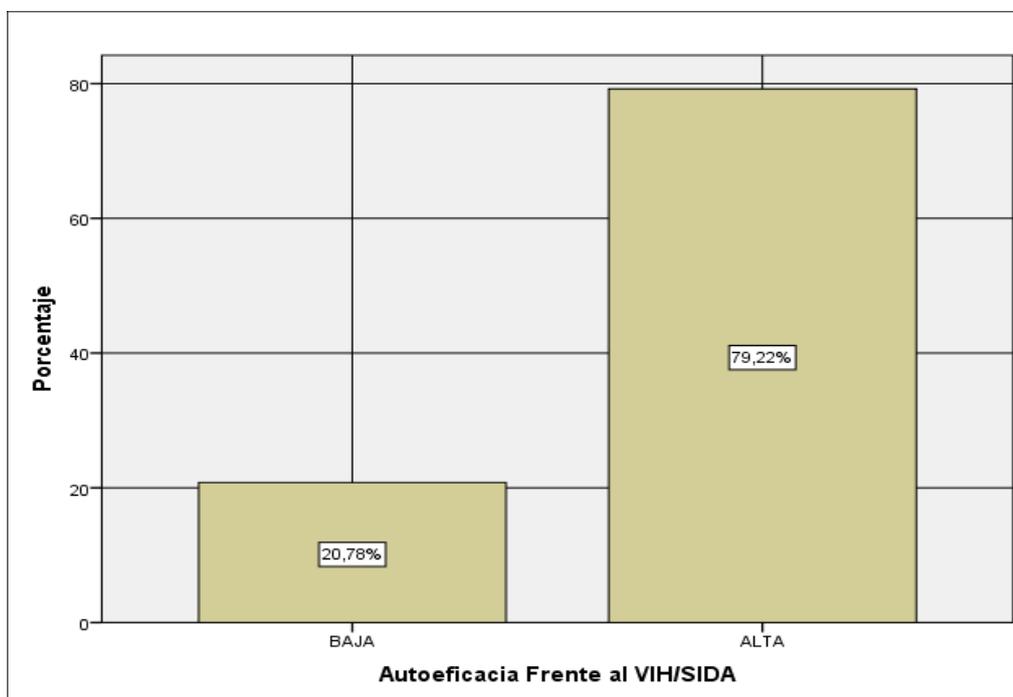
Figura 3. Adolescentes, según percepción de la susceptibilidad frente al VIH.
Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017



Fuente: Cuadro 3, anexo 7

En la figura 3, se observa que de los adolescentes en la muestra, 101 casos (65,6%) muestran una susceptibilidad baja frente al VIH y 53 casos (34,4%) una susceptibilidad alta.

Figura 4. Adolescentes, según nivel de autoeficacia frente al VIH. Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017



Fuente: Cuadro 4, anexo 7

En la figura 4, se observa que de los adolescentes en la muestra, 122 casos (79,22%) muestran una autoeficacia alta frente a la prevención del VIH y 32 casos (20,78%) una autoeficacia baja.

Tabla 1. Nivel de conocimiento y autoeficacia frente al VIH en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey fila Alta Jaén, 2017

Nivel de conocimientos		Autoeficacia		Total
		Baja	Alta	
Bajo	N°	3	7	10
	%	30,0	70,0	100,0
Medio	N°	18	49	67
	%	26,9	73,1	100,0
Alto	N°	11	66	77
	%	14,3	85,7	100,0
Total	N°	32	122	154
	%	20,8	79,2	100,0

D de SOMERS = 0,120 p= 0,047

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, puesto que la significación aproximada denotada por $P=0,047 < \alpha=0,05$ (Ver tabla 1).

Tabla 2. Actitud y autoeficacia frente al VIH en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Actitud		Autoeficacia		Total
		Baja	Alta	
Negativa	N°	24	66	90
	%	26,7	73,3	100,0
Positiva	N°	8	56	64
	%	12,5	87,5	100,0
Total	N°	32	122	154
	%	20,8	79,2	100,0

D de SOMERS = 0,142 P= 0,023

Existe relación significativa entre la actitud y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, puesto que la significación aproximada denotada por $p=0,023 < \alpha=0,05$. (Ver tabla 2).

Tabla 3. Percepción de la susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH de adolescentes de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

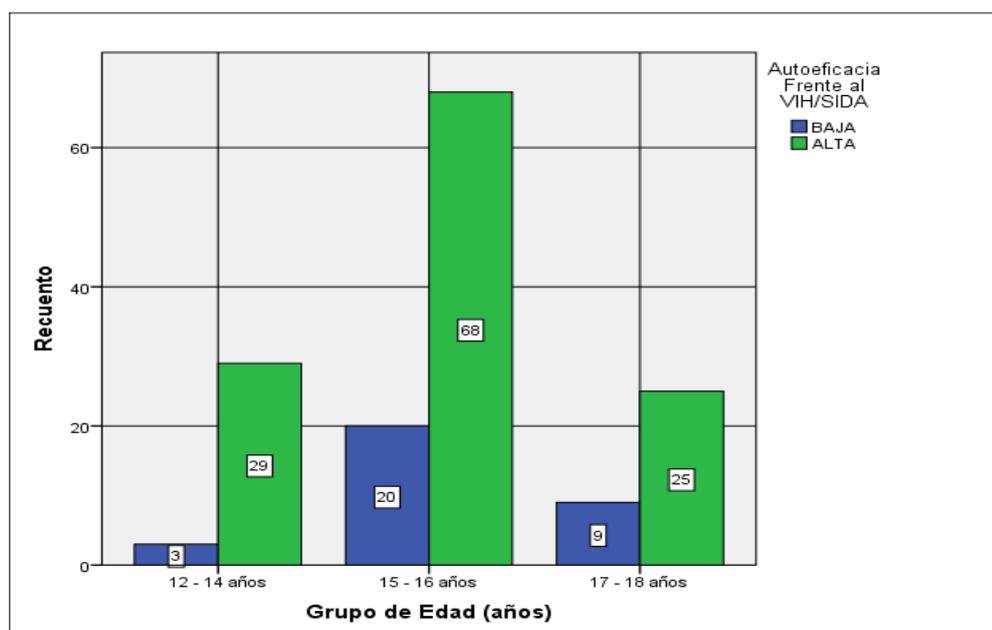
Susceptibilidad		Autoeficacia		Total
		Baja	Alta	
Baja	N°	22	79	101
	%	21,8	78,2	100,0
Alta	N°	10	43	53
	%	18,9	81,1	100,0
Total	N°	32	122	154
	%	20,8	79,2	100,0

D de SOMERS = 0,029 P= 0,667

No existe relación significativa entre la percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, puesto que la significación aproximada denotada por $p=0,667 > \alpha=0,05$. (Ver tabla 3).

4.1.2. Relación entre algunas características sociodemográficas de los adolescentes y la autoeficacia frente a la prevención del VIH

Figura 5. Grupo de edad y autoeficacia frente al VIH en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

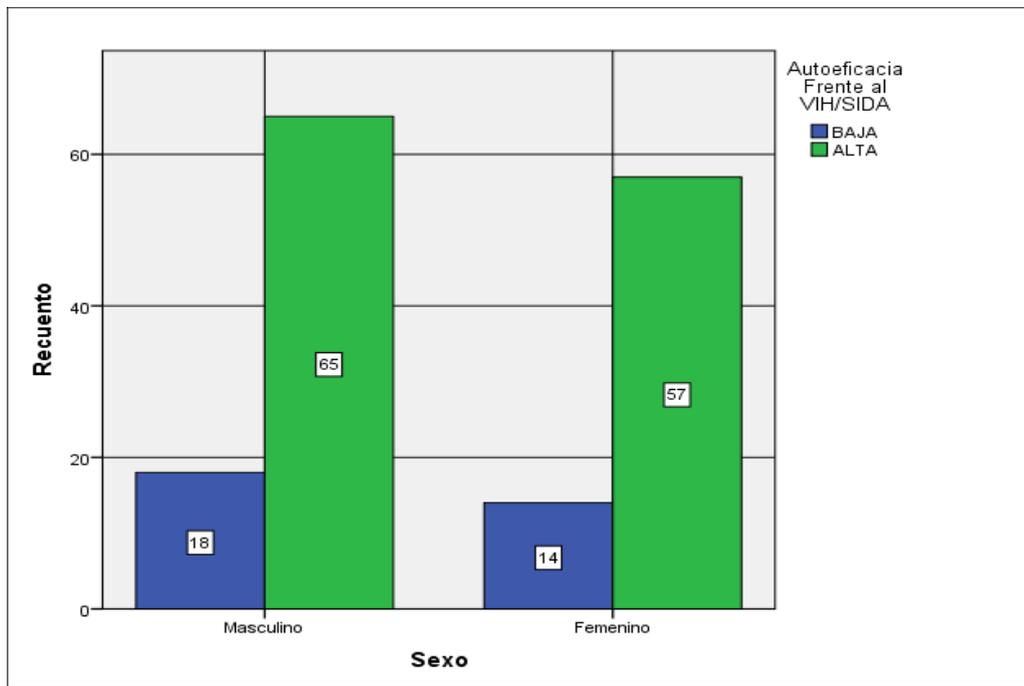


Fuente: Cuadro 5, anexo 7

D de SOMERS = -0,098 p= 0,071

Se ha verificado con un margen de confiabilidad del 95% que La autoeficacia frente a la prevención del VIH, no está relacionada significativamente con el grupo de edad del adolescente, de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén. (Ver figura 5).

Figura 6. Sexo y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

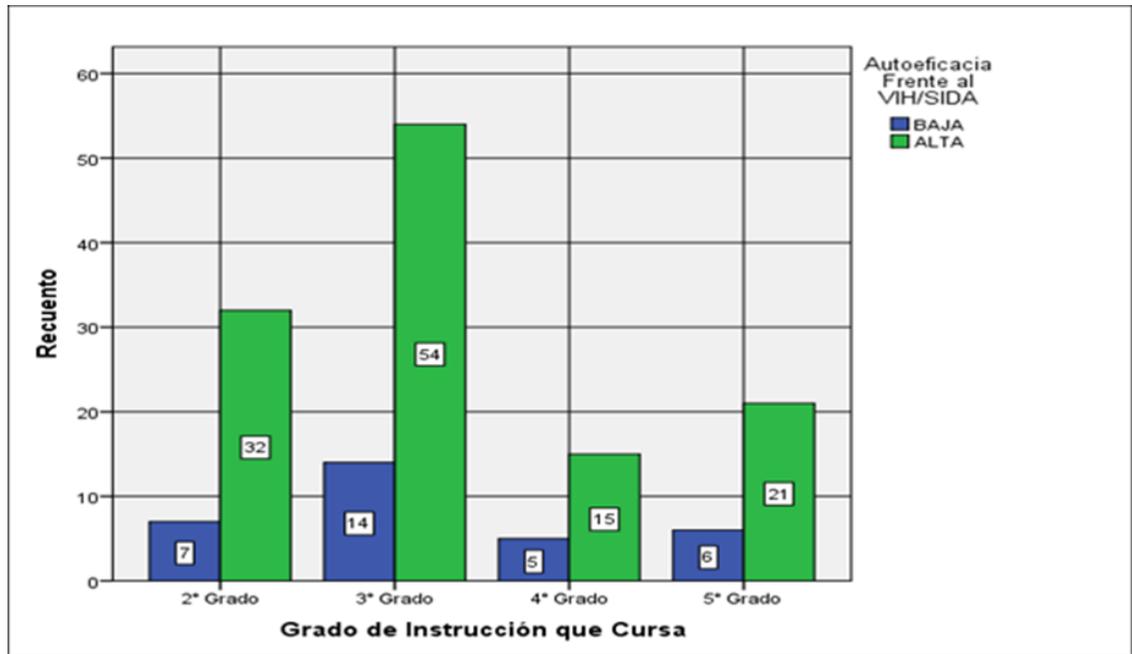


Fuente: Cuadro 6, anexo 7

D de SOMERS = -0.010 P= 0.920

Se ha verificado con un margen de confiabilidad del 95% que La autoeficacia frente a la prevención del VIH, no está relacionada significativamente con sexo, del adolescente, de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, según se observa en la figura 6.

Figura 7. Grado de instrucción y autoeficacia frente al VIH en adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017



Fuente: Cuadro 10, anexo 7

D de SOMERS = -0.584

P= 0.559

Se ha verificado con un margen de confiabilidad del 95% que La autoeficacia frente a la prevención del VIH, no está relacionada significativamente con el grado de instrucción del adolescente, de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017, según se observa en la figura 7.

4.1.3. Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H₀. No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₁ Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

Hipótesis específicas

H₁ Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₀ No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₁ Existe relación significativa entre la actitud y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₀ No existe relación significativa entre la actitud y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₁ Existe relación significativa entre la percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

H₀ No Existe relación significativa entre la percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén.

Nivel de significación.

Variable 1	Variable 2	D de Somers	Nivel de significación	T Aproximada	Significación aproximada	Decisión Respecto Ho
Nivel de Conocimiento sobre el VIH/	Autoeficacia frente a la prevención del VIH/	0,120	0,05	1,986	0,047	Ho se rechaza
Actitud frente al VIH	Autoeficacia frente a la prevención del VIH	0,142	0,05	2,269	0,023	Ho se rechaza
Percepción de la susceptibilidad frente a VIH	Autoeficacia frente a la prevención del VIH	0,029	0,05	0,431	0,667	Ho no se rechaza

$\alpha = 0.05$ (5%)

La hipótesis que se ha puesto a prueba es Ho. Se rechaza si $p < 0.05$, caso contrario no se rechaza, se acepta.

4.2. DISCUSIÓN

En esta investigación se observó que los adolescentes tienen un nivel de conocimientos alto (50%) sobre todo respecto a los mecanismos de transmisión y formas de prevención frente al VIH, situación que adquiere especial relevancia pues los conocimientos son considerados un factor de protección frente a la enfermedad.

Esta condición puede verse influenciada por diversos aspectos; primero, por las acciones ejecutadas por los servicios de salud, en el marco de la implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁴⁰. Segundo, el sector educativo, viene desarrollando acciones pedagógicas sobre educación sexual, aunque estudios evidencian que los contenidos dentro del currículo escolar son limitados¹⁶. Tercero, juegan un papel fundamental en la entrega de información sobre sexualidad, los pares, la familia, el internet, programas de televisión, entre otros.

Los hallazgos coinciden con la investigación realizada en adolescentes entre 13 y 18 años por Bermúdez et al., citado por Uribe et al.¹⁶, donde encontró un alto nivel de conocimientos sobre el VIH; pero, difieren de los encontrados en el estudio de Castillo et al.¹⁴, en Cartagena, donde el 45% de jóvenes presentó conocimientos deficientes. Igualmente en Bucaramanga, un 42% de adolescentes manifestó desconocimiento respecto a la afirmación, que en la actualidad no hay cura para el VIH, y frente al hecho de que el SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir otras enfermedades, según lo expuso Carreño et al.⁴¹ en su estudio.

Respecto a las variables actitud, susceptibilidad y autoeficacia, se evidencia que los adolescentes tienen actitud negativa (58,4%), baja susceptibilidad (65,6%) y alta autoeficacia frente a la prevención del VIH: Los resultados son coincidentes con los

hallazgos mostrados por Castillo et al.¹⁴ en su estudio realizado en Cartagena, respecto a las variables, actitud y susceptibilidad, pero, difieren respecto a la autoeficacia, donde 69,6% mostraron actitud negativa, 46,1% baja susceptibilidad frente a la enfermedad y 49,5% baja autoeficacia para la prevención de la infección. En Perú, Diestra⁹ al determinar la actitud del adolescente hacia la prevención de ITS/VIH, descubrió que del 100% (71), 50% (35) muestran una actitud de indiferencia, y 20% (14) de rechazo.

Castillo et al.¹⁴ en su investigación realizada en Colombia, indica que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad no garantiza el comportamiento preventivo de los adolescentes a largo plazo, este depende de la calidad y fuente de información.

Las actitudes son aprendidas y tienden a permanecer bastante estables con el tiempo, una vez formadas, son muy difíciles de modificar. El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, los medios de comunicación²².

Las ideas falsas que se mantienen a través del tiempo, la estigmatización que siempre ha existido frente a la infección por el VIH⁷ influyen en las actitudes que los adolescentes asumen, frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas con la enfermedad²⁵. Debido a las características propias del ciclo vital, los adolescentes pueden ser fácilmente influenciados por el medio en el que se desenvuelven; por esto, muchos pueden estar de acuerdo con afirmaciones negativas respecto a las personas que están infectadas con el VIH.

Hablar de sexualidad es un tema que continúa siendo tabú para muchos docentes y padres de familia, quienes fueron formados según modelos biólogos y moralistas que siguen replicando en la actualidad. Los imaginarios y patrones culturales que

marcan las actitudes y prácticas sexuales de los adultos inciden en la formación sexual de los jóvenes, quienes presentan características diversas por el influjo de la modernidad, la globalización y nuevos estereotipos sexuales que ameritan un cambio en la cosmovisión de quienes tienen a su cargo la educación sexual¹⁶.

Maturana y Dávila⁴², señalan que los jóvenes no desarrollan todo su potencial de aprendizajes solos, sino que lo hacen desde la convivencia e interacción con sus docentes, pares y padres de familia, aprendiendo no solamente los aspectos conceptuales y teóricos, sino que además, aprenden el mirar, el sentir, el vivir, las creencias y las posturas que emergen de esa convivencia, lo que pone de manifiesto que muchos de los miedos, tabúes y creencias que giran en torno a la sexualidad sean perpetuados por los padres y docentes en el proceso de enseñanza - aprendizaje.

El hecho que los adolescentes no se sientan susceptibles frente a la infección representa una mayor vulnerabilidad a la enfermedad. El modelo de Creencias de Salud, sostiene que las personas se sienten susceptibles cuando perciben los beneficios de las medidas preventivas en la transmisión del VIH (desde el uso del condón hasta el abstenerse de tener relaciones sexo genitales); cuando perciben la amenaza frente a la transmisión del VIH y cuando tienen una fuerte creencia sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza. Así incrementará la susceptibilidad de percibir las consecuencias de una conducta de riesgo²⁵.

En cuanto a la autoeficacia, los adolescentes muestran una elevada autoeficacia, lo que significa que los jóvenes se consideran capaces de hablar con su pareja sexual de gran variedad de temas relacionadas con su pasado sexual, y lo que desean para su relación actual, tienen la creencia de poseer la capacidad de desarrollar acciones de prevención y son optimistas de obtener y aplicar aprendizajes relacionados con su salud sexual³⁵.

Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones. Las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas desafiantes, colocándose metas y objetivos altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, invierten esfuerzos, son persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia^{18,35}.

Respecto a la relación entre autoeficacia y variables sociodemográficas, Uribe et al.¹⁶ encontraron diferencias significativas en la autoeficacia en función del género ($p < 0,003$) y la edad ($p < 0,005$). Los hallazgos mostrados por los autores difieren de los encontrados en el estudio respecto al género, pero coinciden respecto a la edad. Los resultados también difieren de los mostrados por Uribe et al.²⁹ en otro estudio, donde se muestra que existe diferencias significativas entre la autoeficacia y la edad, la escolaridad y el sexo.

Ferrer et al.¹⁷ concluyeron que existe una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social, dato tomado solo como referencia, ya que no es posible establecer comparaciones pues, se trata de una muestra con características sociodemográficas diferentes a las del estudio.

Diversos investigadores han encontrado que la mayoría de los adolescentes presentan déficit en el nivel de auto-eficacia y una pobre percepción de susceptibilidad frente a la enfermedad; que sumado a las características propias de su edad, desencadenan la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección. La mayoría de ellos alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales,

promiscuidad y no uso de anticonceptivos, lo cual incide en la alta tasa de enfermedades de transmisión sexual en este grupo¹⁴.

Según la teoría de Albert Bandura los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas: En este caso la autoeficacia mostrada por los adolescentes será determinante para alcanzar las metas que se imponga respecto a la protección de su salud sexual³⁴.

La principal limitante, estuvo relacionada con la escasa evidencia empírica a nivel local que facilite el análisis comparativo de los hallazgos.

CONCLUSIONES

Los adolescentes tienen alto nivel de conocimientos, actitudes negativas, baja susceptibilidad y alta autoeficacia respecto a la prevención del VIH. La alta autoeficacia implica que los jóvenes se sienten en capacidad de llevar a cabo medidas de prevención para evitar el VIH.

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH. Corroborándose las hipótesis planteadas.

Existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la autoeficacia respecto a la prevención del VIH, pero no respecto al sexo y grado de instrucción.

RECOMENDACIONES

El sector salud y educación deben profundizar la acción educativa a los adolescentes y padres de familia con la finalidad de mejorar las actitudes y comportamiento respecto a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y específicamente respecto al VIH.

Realizar investigaciones que incluyan las fuentes de donde los adolescentes obtienen información, para establecer estrategias educativas basadas en evidencia científica que respondan a su realidad y características sociodemográficas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez J, Gardey A. Definición de percepción; 2012. [acceso octubre 2017]
Disponible en: <https://www.significados.com/percepcion/>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. 10 datos sobre el VIH/SIDA; 2016.
[online]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
3. Turbay C. El derecho a la educación. Desde el marco de la protección integral de los derechos de la niñez y de la política educativa. 2000 Santa Fé de Bogotá. UNICEF- Colombia. Disponible en:
<https://www.unicef.org/colombia/pdf/educacion.pdf>
4. Sanabria PA. Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Rev.fac.med vol.19 (1) Bogotá Jan./June; 2011 [Online] [Acceso Octubre de 2017] Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100013
5. ONUSIDA. Estimaciones tomadas de la base de datos en línea AIDSinfo; 2015
6. Naciones Unidas. SIDA. [Acceso setiembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.un.org/es/sections/issues-depth/aids/index.html>
7. Centro para el control y la prevención de enfermedades. Estadísticas básicas VIH/SIDA. [Acceso setiembre de 2017]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
8. ONUSIDA. Estadísticas mundiales de VIH/SIDA; 2016.
9. Diestra IL. Actitud del adolescente hacia la prevención de ITS/VIH en la Institución Educativa N° 30610 Jorge Chávez - Comas – 2012; Lima, 2013 Universidad Mayor de San Marcos. Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3401/1/Diestra_gi.pdf
10. Estado Mundial de la Infancia-Unicef. El VIH y la infancia. [Acceso setiembre de 2017]. Disponible en: ps://www.unicef.org/lac/overview_4168.htm
11. Estado Mundial de la Infancia - UNICEF Perú. Estado Mundial de la Infancia - Situación en el País. [Acceso setiembre de 2017]. Disponible en:
https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html
12. Fernández de Araujo L. Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH. 2016 [Tesis

- doctoral] Universidad de Granada [Acceso octubre de 2017]. Disponible en:
<https://hera.ugr.es/tesisugr/24460874.pdf>
13. Organización de las Naciones Unidas-ONU Mujeres. Hechos y cifras: El VIH y el SIDA; 2015. [Acceso setiembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
14. Castillo IY, Ramírez JP, Silva KP, Caballero MA, Arrieta K. Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, Colombia. *Rev Univ. Salud*; 2017;19 (1):26- 36. DOI:
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.66>. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00026.pdf>
15. Dirección de Salud Jaén. Oficina de epidemiología. Datos sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/SIDA. Jaén; 2016
16. Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud. *Av. Enferm.* 29 (2), p. 271-284; 2011. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35821/37088>
17. Ferrer L, Cianell R, Lara J, Peragallo N, Conocimientos y autoeficacia asociados al VIH/SIDA en mujeres chilenas en desventaja social. *Revest Educ Enferm*; 2011; 29 (2): 222–229. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183347/>Uribe AF, Vergara T, Barona C; Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud CINDE-Universidad de Manizales. Manizales. 7(2); 2009. (Acceso octubre de 2017
21. SIDA AIDS. Modelo Creencias de Salud. [Acceso octubre de 2017]. Disponible en:
<http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/15-modelo-creencias-de-salud.html>
22. Soto F, Lacoste J, Papenfuss R, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]; 1997, 1(4), pp.335-341. ISSN 2173-9110.
23. Zegarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento. Configuración del conocimiento estratégico. [acceso octubre de 2017] disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet

ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20(1).pdf

24. Cuesta A. Elementos que intervienen en el conocimiento. (Acceso 23 de octubre de 2017) Disponible en URL:
<https://sites.google.com/site/groupccygv/delproyecto/introduccion/origendel-conocimiento-elementos-que-lo-componen>.
25. Flores D, Ríos R, Vargas M. “Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén, Iquitos, Perú; 2015” [Acceso 21 de octubre de 2017]. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1>
26. Cahuachi R. Iquitos en su estudio sobre nivel de conocimiento sobre prevención de VIH/SIDA y actitudes en estudiantes de las facultades de ciencia de la salud, UNAP”. (Tesis para optar el Título de Licenciatura de Enfermería). Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2010
27. Krenk M. La actitud del comportamiento. México. 2da ed. Editorial Interamericana.
28. Allpot M. Psicología General. Ed. Navarro. México. 1980:30
29. Umanzor M. Teorías de la actitud. Psicología de la comunicación; 2011
30. Alcántara A. como educar las actitudes. España. Cárdenas Editores. 2da. Edición. 1992:60-61 23.
31. Sánchez R. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Pueblo Joven Dos de Junio del Distrito de Chimbote-Perú, 2011
32. Pérez E, Bautista S. Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados. *Revista PsicologiaCientifica.com*; 2008. 10(3). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/diabetes-mellitus-susceptibilidad-percibida>
33. Uribe AF, Valderrama L, Sanabria AM, Orcasita L, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*. Universidad Javeriana Cali – Colombia, 5(12); 2009, pp. 29-44. [Acceso octubre de 2017]
Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-
DescripcionDeLosConocimientosActitudesSusceptibili-3091286.pdf

34. Brady JT. Health risk perceptions across time in the USA. *Journal of Risk Research*, 15(6), 547–563; 2012
35. Bandura A. *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press; 1995 [[Links](#)]
36. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman; 1997. [[Links](#)]
37. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [Online]; 2007, 13(1), pp.9-15. ISSN 0717-9553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
38. Vásquez R. Virus de la inmunodeficiencia Humana. Departamento de microbiología y parasitología. Universidad Nacional Autónoma de México. [Acceso octubre de 2017] Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>
39. ONUSIDA. Informe del día Mundial del Sida; 2014
40. Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia: Una época de oportunidades; 2011[Online]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
41. Hernández P, Fernández C, Balista P. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. Interamericana- México; 2010.
42. Ministerio de Salud MINSA. *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infección de Transmisión Sexual y VIH - SIDA*; 2004. Lima; Perú
43. Carreño D, Espinosa M, Sastoque L. Conocimientos, actitudes, autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH/SIDA en adolescentes de Bucaramanga y su área metropolitana. Universidad Pontificia Bolivariana; 2012
44. Maturana H, Dávila X. *Educación desde la matriz biológica de la existencia humana, biología del conocer y biología del amar*. Santiago: Oficina Regional de Educación de la Unesco para América Latina y el Caribe; 2005. Manuscrito no publicado

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA PARA MEDIR CONOCIMIENTOS, ACTITUD, SUSCEPTIBILIDAD Y AUTOEFICACIA RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

A. DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Grado escolar que esta cursando:.....

A. CONOCIMIENTOS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL VIH

N°	ítem	Verdadero	Falso	No sé
1	Las mujeres con el VIH pueden infectar a los hombres			
2	Los varones con el virus del VIH pueden infectar a las mujeres			
3	Se puede transmitir el virus del VIH a través del semen.			
4	Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del VIH evitando las relaciones sexuales.			
5	Se puede contraer el virus del VIH compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad			
6	El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.			
7	Recibir una transfusión de sangre infectada con el VIH puede transmitirle a otra persona.			
8	Las meretrices (prostitutas) tienen un alto riesgo de contraer el virus del VIH			
9	Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el VIH no teniendo relaciones sexuales.			
10	El VIH se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer			
11	Las personas con el VIH/SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades			
12	Los hijos de una madre con el VIH corren mayor riesgo de contraer la enfermedad			
13	En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA.			
14	Una persona puede ser infectada con el VIH y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.			
15	Las personas pueden tener el VIH en su cuerpo y no estar enfermas			
16	El VIH/SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.			
17	Se puede contraer el VIH a través de penetración anal.			
18	El VIH puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.			
19	Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el VIH.			
20	Se puede contraer el VIH de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad			

B. ACTITUD RESPECTO AL VIH

Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

1. De acuerdo 2. No sabe 3 En desacuerdo

N°	ítem	1	2	3
1	Es importante que los estudiantes aprendan sobre el VIH/SIDA en clases de salud sexual.			
2	Si un estudiante estuviera infectado por el VIH-SIDA. ¿Alguien debería de enterarse?			
3	No compraría comida a un infectado con VIH			
4	Creo que cualquier persona que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del VIH/SIDA.			
5	El uso del preservativo es la medida ideal para evitar VIH-SIDA.			
6	Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del VIH/SIDA asistan a clases.			
7	Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA.			
8	Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el VIH/SIDA.			
9	Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás.			
10	Se está invirtiendo en el VIH/SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades.			
11	No se debe permitir a un profesor infectado con el VIH seguir enseñando			
12	Practicar el sexo contranatural (Pene-Ano) es normal y no hay que tener ninguna preocupación			
13	El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón.			
14	Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido.			
15	Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales.			
16	Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones.			
17	Si presento secreciones uretrales, llagas, flujo vaginal, dolor pélvico o dolores alrededor de los órganos sexuales acudiría al médico.			
18	Considero que tener relaciones sexuales con dos personas a la vez es normal.			
19	Es necesario tener una sola pareja para no contagiarse de VIH-SIDA			
20	Todos los jóvenes pueden contagiarse del VIH-SIDA si tienen relaciones sexuales con personas desconocidas			

C. SUSCEPTIBILIDAD RESPECTO AL VIH

Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

1. De acuerdo 2. No sé 3. En desacuerdo

N°	ítem	1	2	3
1	No soy el tipo de persona que pueda contraer el VIH/SIDA.			
2	No me preocupa la posibilidad de contraer el VIH/SIDA.			
3	Creo que puedo contraer el VIH/SIDA.			
4	Me preocupa contraer el VIH/SIDA			
5	Creo que solo los hombres homosexuales deberían preocuparse del VIH/SIDA			

D. AUTOEFICACIA RESPECTO AL VIH

Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

1. De acuerdo 2. No sé 3. En desacuerdo

Nº	ítem	1	2	3
1	Soy capaz de decir no, si me propone tener relaciones sexuales alguien que conozco hace 30 días o menos			
2	Soy capaz de decir no, si me propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti			
3	Soy capaz de decir no, si me propone tener relaciones sexuales alguien que me presiona.			
4	Soy capaz de decir no, si me propone tener relaciones sexuales alguien Con quién has estado bebiendo alcohol			
5	Soy capaz de preguntar a mi novia/o si se ha inyectado alguna droga			
6	Soy capaz de hablar con mi pareja sobre la prevención del VIH/SIDA			
7	Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.			
8	Soy capaz de preguntar a mi novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado			
9	Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón.			
10	Soy capaz de usar correctamente el condón			
11	Soy capaz de usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales			
12	Soy capaz de usar condón durante el acto sexual, después que he estado bebiendo alcohol			
13	Soy capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si mi pareja prefiere no usarlo			
14	Soy capaz de negarme a tener relaciones sexuales si mi pareja no acepta usar el condón			
15	Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales			
16	Soy capaz de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio			
17	Soy capaz de acudir a la tienda a comprar condones			
18	Soy capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida			
19	Soy capaz de platicar con mis padres sobre temas sexuales			
20	Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituye.			

Muchas gracias

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

SECCION JAEN

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962
Bolivar N° 1368 - Plaza de Armas - Telf. 431907
JAEN - PERU

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Jaén, 24 de noviembre de 2017

OFICIO N° 0526 - 2017-SJE-UNC

Señor

DIRECTOR DE LA I.E. 16006 CRISTO REY - FILA ALTA

CIUDAD

ASUNTO: SOLICITO APOYO PARA
APLICACIÓN DE ENCUESTA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a Ud., para expresarle mi cordial saludo, a la vez manifestarle que la Bachiller **Lidia de Jesús Clavo Majúan**, está realizando el trabajo de investigación: "Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de una Institución Educativa. Cajamarca-Perú; 2017", con fines de optar el título de Licenciado en Enfermería.

En este sentido, solicito su valioso apoyo brindando las facilidades para que la mencionada Bachiller pueda realizar la aplicación de una Encuesta dirigido a los estudiantes de su representada, a partir de la fecha y/o durante el período que dure el recojo de información del trabajo de investigación.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, hago propicia la oportunidad para testimoniarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



[Firma]
M. Cs. **Arrieta Valderrama Soriano**
Docente (e) EAPE: Ed.

C.C: -Archivo.
MAVS/rm.

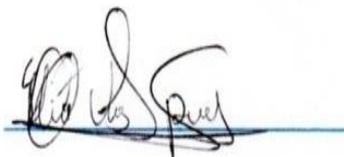


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Elieta Vázquez Pérez

A través del presente documento autorizo la participación de mi menor hijo/a en la investigación titulada “ Conocimientos, actitud, susceptibilidad y autoeficacia del Adolescente hacia la Prevención de VIH/SIDA en la Institución Educativa Cristo rey Fila Alta, habiendo sido informado del propósito, así como los objetivos de la misma; teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, asegurándose la máxima confiabilidad.

Jaén, 2^a noviembre de 2017



Firma del Tutor



Firma del tesista

ASENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de asentimiento informado para adolescentes de 14 a 19 años

Título: Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de una institución educativa. Cajamarca-Perú; 2017

Investigador Principal:

Nombre: Lidia de Jesús Clavo Majuán.

Dirección: Víctor Andrés Belaunde 9/a, Fila Alta.

Teléfono: N° 945 247 162 Dsa. Albiela N° 976147736

Correo electrónico: Pebles.2512@gmail.com.

Sitio: Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta

Mi nombre es Lidia de Jesús Clavo Majuán Soy Bachiller en Enfermería. Estoy realizando una investigación para saber más, acerca de lo que conocen, cuál es la actitud, su percepción de riesgo y capacidad de acción respecto a la prevención del VIH/SIDA, por ello quiero pedirte que nos ayudes. Si tus padres y vos están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente:

- Los resultados pueden ayudarte y a otros estudiantes a recibir información que los ayude a tomar decisiones adecuadas respecto a tu salud sexual y a prevenir enfermedades de transmisión sexual, que
- El cuestionario no implica riesgos a tu salud física y mental. Tu participación es libre y voluntaria, es decir, es la decisión de tus padres y tuya si participas o no de esta investigación.
- También es importante que sepas que si habías decidido participar y tus padres y vos no quieren continuar en el estudio, no habrá problema y nadie se enojará, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si dejas de participar en algún momento de esta investigación.
- No tendrás que pagar nada por participar en el estudio.
- La información que se obtenga será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas/resultados de estudios (sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio que son un grupo de personas que ayudan a que se respeten tus derechos como participante de un estudio de investigación.

Anexo 3-2

- Si tienes duda sobre estos derechos puedes llamar al telf. y preguntar por la Dra. Albila Domínguez Palacios. Tus padres también podrán tener esta información de tus resultados o respuestas si quisieran, en algún momento de la investigación.
- Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una X en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribí tu nombre, apellido y DNI, pon la fecha del día y firma. Tu firma indica que leíste la información proporcionada anteriormente y que recibiste todas las respuestas necesarias a tus preguntas; que decidiste libremente participar y que sabes que puedes dejar de participar en cualquier momento.
- Si no quieres participar, no pongas ninguna X, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre y apellido:

Paredes Vasquez Sandra

DNI:

Fecha: 30-11-14.

Firma:

Nombre y apellido de la persona que obtiene el asentimiento:

Paredes Vasquez Sandra.

DNI:

46787714.

Firma:

Fecha: 30-11-14.

Anexo 4

Libro de Código Cuestionario de conocimientos sobre ITS

No.	ÌTEM	Respuesta	Puntaje
1	Las mujeres con el VIH pueden infectar a los varones	V	1
2	Los varones con el virus del VIH pueden infectar a las mujeres	V	1
3	Se puede transmitir el virus del VIH a través del semen.	V	1
4	Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del VIH evitando las relaciones sexuales.	V	1
5	Se puede contraer el virus del VIH compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad	V	1
6	El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.	V	1
7	Recibir una transfusión de sangre infectada con el VIH puede transmitir la enfermedad	V	1
8	Las meretrices (prostitutas) tienen un alto riesgo de contraer el virus del VIH	V	1
9	Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el VIH no teniendo relaciones sexuales.	V	1
10	El VIH se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer	V	1
11	Las personas con el VIH/SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades	V	1
12	Los hijos de una madre con el VIH corren mayor riesgo de contraer la enfermedad	V	1
13	En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA.	V	1
14	Una persona puede ser infectada con el VIH y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.	V	1
15	Las personas pueden tener el VIH en su cuerpo y no estar enfermas	V	1
16	El VIH/SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.	V	1
17	Se puede contraer el VIH a través de penetración anal.	V	1
18	El VIH puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.	V	1
19	Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el VIH.	V	1
20	Se puede contraer el VIH de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad	V	1
TOTAL			20

Anexo 5

Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Instrumento	Fuente
Nivel de Conocimientos sobre el VIH	Son considerados como un factor de protección frente al VIH, incluye diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención	Vías de Transmisión Tratamiento Formas de prevención Signos y síntomas Diagnóstico	Alto Regular Bajo	Ordinal	Escala para medir autoeficacia	Adolescente
Actitud respecto al VIH	Son disposiciones que inciden en la forma de actuar y de comportarse frente a la prevención del VIH/SIDA	La actitud frente al VIH, puede ser positiva o negativa	Actitud positiva Actitud negativa	Nominal	Escala para medir actitudes	Adolescente
Susceptibilidad	Percepción de riesgo que tiene el adolescente de adquirir la infección por VIH.	Percibe el riesgo y las consecuencias. Emite conductas de prevención.	Alta susceptibilidad Baja susceptibilidad	Ordinal	Escala para medir susceptibilidad	Adolescente
Autoeficacia del adolescente respecto a la prevención del VIH	Percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el VIH	Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias. circunstancias	Alta percepción de autoeficacia Baja percepción de autoeficacia	Ordinal	Escala para medir autoeficacia	Adolescente
		Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.	Alta percepción de autoeficacia Baja percepción de autoeficacia	Ordinal	Escala para medir autoeficacia	Adolescente
		Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente Preservativos.	Alta percepción de autoeficacia Baja percepción de autoeficacia	Ordinal	Escala para medir autoeficacia	Adolescente

Anexo 6

Matriz de consistencia

CONOCIMIENTOS, ACTITUD, SUSCEPTIBILIDAD Y AUTOEFICACIA RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO	ESTADÍSTICA
<p>Pregunta de investigación:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH, en adolescentes de la IE Cristo Rey, Jaén.</p>	<p>La relación entre el nivel de conocimientos, actitud, percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de la IE Cristo Rey, de Fila alta es significativa</p>	<p>V1. Conocimiento sobre el VIH: Alto: 81- 100% Regular: 60-80% Bajo: <60%</p> <p>Actitudes frente al VIH Positivas: >60% Negativas: <60%</p> <p>Susceptibilidad frente al VIH Alta: >60% Baja: <60%</p>	<p>Muestra: 154 adolescentes</p> <p>Método Descriptivo</p> <p>Diseño Correlacional</p> <p>Instrumento La Escala VIH/SIDA-65</p> <p>Procesamiento Programa SPSS ver, 21</p>	<p>Análisis univariado Proporción Mediana Frecuencias absolutas Frecuencias relativas</p> <p>Análisis bivariado Chi cuadrado</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <p>e. Identificar la relación entre el nivel de conocimientos y la autoeficacia frente a la prevención del</p>		<p>V2. Autoeficacia frente al VIH Alta: >60% Baja: <60%</p>		

	<p>f. Identificar la relación entre la actitud y la autoeficacia frente a la prevención del VIH</p> <p>g. Identificar la percepción de la susceptibilidad y la autoeficacia frente a la prevención del VIH</p> <p>h. Identificar la relación entre algunas características sociodemográficas de los adolescentes y la autoeficacia frente a la prevención del VIH que tienen los adolescentes de la IE Cristo Rey.</p>				
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Anexo 7

Cuadros complementarios

Cuadro 1. Grupo de edad de adolescentes de la institución educativa Cristo Rey fila alta Jaén, 2017

Grupo de Edad (años)		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	12 - 14 años	32	20,8
	15 - 16 años	88	57,1
	17 - 18 años	34	22,1
	Total	154	100,0

Cuadro 2. Adolescentes, según sexo, de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Sexo		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	Masculino	83	53,9
	Femenino	71	46,1
	Total	154	100,0

Cuadro 3. Adolescentes, según grado de instrucción, de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Grado de Instrucción que Cursa		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	2° Grado	39	25,3
	3° Grado	68	44,2
	4° Grado	20	13,0
	5° Grado	27	17,5
	Total	154	100,0

Cuadro 4. Adolescentes, según nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Institución educativa cristo rey Fila Alta Jaén, 2017

Nivel de Conocimiento Sobre el VIH/SIDA		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	BAJO	10	6,5
	MEDIO	67	43,5
	ALTO	77	50,0
	Total	154	100,0

Cuadro 5. Adolescentes, según actitud frente al VIH/SIDA. Institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Actitud Frente al VIH/SIDA		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	NEGATIVA	90	58,4
	POSITIVA	64	41,6
	Total	154	100,0

Cuadro 6. Adolescentes, percepción de la susceptibilidad frente al VIH/SIDA de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Susceptibilidad Frente al VIH/SIDA		N° Adolescentes	% de Adolescentes
	BAJA	101	65,6
	ALTA	53	34,4
	Total	154	100,0

Cuadro 7. Grupo de edad y autoeficacia frente al VIH/SIDA de adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Grupo de Edad (años)		Autoeficacia Frente al VIH/SIDA		Total
		BAJA	ALTA	
12 - 14 años	N°	3	29	32
	%	9,4	90,6	100,0
15 - 16 años	N°	20	68	88
	%	22,7	77,3	100,0
17 - 18 años	N°	9	25	34
	%	26,5	73,5	100,0
Total		N°	32	122
		%	20,8	79,2
				100,0

D de SOMERS = -0.098 P= 0.071

Cuadro 8. Grupo de edad y autoeficacia frente al VIH/SIDA de adolescentes la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Sexo		Autoeficacia Frente al VIH/SIDA		Total
		BAJA	ALTA	
Masculino	N°	18	65	83
	%	21,7	78,3	100,0
Femenino	N°	14	57	71
	%	19,7	80,3	100,0
Total		N°	32	122
		%	20,8	79,2
				100,0

$\chi^2 = 0.010$ P= 0.920

Cuadro 9. Grado de instrucción y autoeficacia frente al VIH/SIDA de adolescentes de la institución educativa Cristo Rey Fila Alta Jaén, 2017

Grado de Instrucción que Cursa			Autoeficacia Frente al VIH/SIDA		Total
			BAJA	ALTA	
2° Grado	N°	7	32	39	
	%	17,9	82,1	100,0	
3° Grado	N°	14	54	68	
	%	20,6	79,4	100,0	
4° Grado	N°	5	15	20	
	%	25,0	75,0	100,0	
5° Grado	N°	6	21	27	
	%	22,2	77,8	100,0	
Total		N°	32	122	154
		%	20,8	79,2	100,0

D de SOMERS = -0.098 P= 0.071

Anexo 8

REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: Lidia de Jesús Clavo Majuán.

D.N.I. N°: 71066044

Correo Electrónico: pebles.2512@gmail.com.pe

Teléfono: 945247162

2. Grado, título o Especialidad:

Bachiller

Doctor

Título

Magister

3. Tipo de Investigación:

Tesis

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título: Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la institución educativa “Cristo Rey 16006” fila alta, Cajamarca-Perú; 2017

Asesor: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios.

Año: 2018

Escuela académica/Unidad: Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial Jaén.

Tipo de Investigación.

Tesis: Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

4. Licencias:

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autores/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha

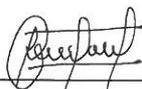
No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firma

19 / 06 / 2018

Fecha

²Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.