



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La educación como factor determinante de los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA, en pacientes seropositivos del Hospital General de México

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

LEO. María Guadalupe Díaz Rojas

Directora de tesis: Maestra Guillermina Arenas Montaña

México D.F., Noviembre de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Agradecimientos	4
Dedicatoria	6
Resumen	7
1. Introducción	9
2. Marco Teórico	
2.1 Epidemiología del VIH/SIDA, panorama mundial	12
2.2 El VIH en América Latina	12
2.3 El VIH en México	15
2.4 El VIH en el Hospital General de México	16
3. Aspectos generales sobre la infección del VIH/SIDA	
3.1 Historia Natural del VIH	18
3.2 Mecanismos de transmisión del VIH	23
4. Educación en VIH	
4.1 La educación como determinante social de la salud.....	24
4.2 Educación formal	27
4.3 Educación no formal	28
4.4 Educación para la salud y enfermería	29
4.5 Educación para la salud por medio de la promoción a la salud----	31
4.5.1 Determinantes sociales de salud	35
5. Aprendizaje social	
5.1 Teoría social cognitiva de Albert Bandura	39
6. Aspectos epidemiológicos del VIH	50
7. Planteamiento del problema	61
7.1 Hipótesis	63
7.2 Objetivos	64
8. Material y métodos	
8.1 Diseño	65
8.2 Variables	65
8.3 Descripción del instrumento de medición	66
8.4 Cuadro de variables	69
9. Consideraciones éticas	71
10. Resultados	72
10.1 Análisis estadístico descriptivo	72
10.2 Análisis estadístico inferencial	87
11. Discusión	94
12. Conclusiones	101
13. Perspectivas	104

Referencias bibliográficas	-----	106
Anexos	-----	114

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte del grupo de alumnos afortunados y seleccionados para estudiar en esa gran casa de estudios.

A aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis, especialmente a mi asesora de tesis, la Maestra Guillermina Arenas Montaña por sus recomendaciones y sugerencias respecto a esta investigación, durante estos dos años que estuvimos trabajando juntas, le agradezco de corazón su tiempo y el interés por la tesis ya que a pesar de todos los problemas que se le presentaron en el transcurso de la maestría siempre mostró interés y profesionalismo y gracias a ello en este momento estamos culminando este proyecto .

A los profesores que en el transcurso de mi estancia en la universidad compartieron conmigo sus conocimientos especialmente a la Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez, coordinadora del programa de maestría en enfermería, a la Doctora María Guadalupe Rosete Mohedano, a la Maestra Patricia Padilla Zarate, a la Maestra Victoria Fernández García, a la Maestra en docencia Reyna Matus Miranda

A las autoridades del Hospital General de México por las facilidades que me dieron para la obtención de la beca de tiempo completo que tuve durante toda la maestría.

A los médicos, enfermeras y pacientes por las facilidades y apoyo que me dieron para la realización de la presente investigación.

Dedicatoria.

A Dios por la fortaleza que me dio día tras día para salir adelante y terminar a pesar de los obstáculos.

A mi padre † que a pesar de que ya no está conmigo se ha convertido en mi ángel y que desde el cielo me sigue protegiendo y cuidando. Gracias por ser mi primer maestro en esta vida, por enseñarme a trabajar a estudiar y a ser siempre la mejor. Se que aunque ya no está presente siempre lo llevare en mi corazón y este evento que estoy concluyendo lo hubiera hecho sentir muy orgulloso de mi.

A mi madre que siempre me ha estimulado a seguir estudiando y superando pero sobre todo por ser mi primera maestra y enseñarme lo grande que es su amor por mí, ya que siempre me ha demostrado amor, respeto, comprensión y apoyo incondicional. Gracias por estar conmigo siempre y por ser una segunda madre para mis hijas.

A mis hijas Sandra y Verónica, que aunque sé que no les gustaba que yo estudiara porque no estaba cerca de ustedes, por fin terminamos esta etapa y ahora vamos a tener más tiempo para nosotras.

A mis hermanos por su insistencia y apoyo incondicional a lo largo de la maestría para que yo pudiera concluir mis estudios.

A mis amigos el EASE. Abimael Ambrosio Ávila, a la Lic. Enf Francisca Ortiz Carbajal.

Resumen

Antecedentes: Algunas investigaciones han demostrado que cuando las personas no tienen los conocimientos suficientes y apropiados sobre VIH/SIDA, muestran actitudes desfavorables hacia su persona y la sociedad, siendo esto por falta de educación en torno a la enfermedad, provocando en los individuos que son portadores del virus, discriminación, rechazo, maltrato y exclusión de su círculo social.

Objetivo: Evaluar la relación del nivel educativo con los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA, en pacientes seropositivos que acuden a consulta externa de Infectología en el Hospital General de México.

Método: Se realizó un estudio transversal analítico, en una muestra no probabilística de 81 pacientes seropositivos, que acudieron a consulta externa y con diferente tiempo de evolución del diagnóstico de seropositividad. Se aplicó un instrumento de autoevaluación con 42 ítems, las variables de estudio fueron socios demográficas, educación, conocimientos y actitudes.

Resultados: Los hombres presentaron conocimientos estadísticamente más altos que las mujeres ($p < .05$), asimismo la escolaridad y el tiempo de diagnóstico fueron factores vinculados con los conocimientos adecuados ($p < 0.05$), respecto a la actitud las personas con menor escolaridad y tiempo de diagnóstico, tuvieron una actitud más negativa, sin embargo en todos los niveles educativos se pudieron identificar actitudes negativas, lo que conlleva el riesgo de adquirir enfermedades asociadas al VIH.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que la educación formal es un factor determinante del conocimiento adecuado del VIH, sin embargo la educación no formal es un factor muy importante para que las personas con VIH, presenten actitudes negativas hacia las personas que los rodean y a sí mismos.

Palabras Clave; Educación, conocimientos, actitud, VIH/SIDA.

1. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana desde sus comienzos ha constituido una fuente de preocupación para la humanidad. Surgió acompañada de una serie de estigmas que en cierta medida dañan la integridad personal de los que la padecen. En todos los países y los medios sociales, desde que se detectó la enfermedad, las personas VIH positivas, han sido objeto de reacciones negativas, que comprenden maltrato físico y verbal, pérdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, cónyuges y amigos así como la violación de los derechos humanos. Incluso en los servicios de salud, donde las personas en riesgo de contraer la infección o con VIH/SIDA buscan y esperan recibir atención y cuidados, el estigma y la discriminación son comunes. Los actos discriminatorios varían desde observaciones impropias, la violación de la confidencialidad de los pacientes, pasando por demoras en el tratamiento y la negación de atención e higiene básicas.

La revisión de la literatura sobre el tema en los países en desarrollo sugieren que los programas a nivel escolar pueden tener un impacto positivo en las actitudes y el conocimiento del VIH/SIDA así como de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), afirman que la eficacia y éxito de las intervenciones educativas dependen de varios factores, que incluyen el ambiente, el respaldo político, el contexto sociocultural y familiar donde se desarrollan y en la propia escuela. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO), afirma que El VIH/SIDA afecta la demanda, la oferta y la calidad de la educación ve la educación, como un elemento esencial en la prevención de la

infección y el impacto del VIH, por educación para la prevención del VIH/SIDA la UNESCO entiende la oferta a todos de oportunidades de aprendizaje para desarrollar el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluyendo el acceso a la atención, el asesoramiento psicológico y la educación para el tratamiento. La UNESCO también busca, mediante la prevención y la planificación mejoradas, limitar el impacto del VIH/SIDA en el sector de la educación, preservando así las funciones esenciales de los sistemas educacionales.

Es por ello que en la presente investigación nos enfocamos a evaluar la influencia del conocimiento como factor determinante de salud, el cual se adquiere por medio de la educación tanto formal como no formal, cuyos efectos en la salud de las poblaciones es de carácter directo e indirecto. Directamente, a través del desarrollo de la inteligencia, de las habilidades cognoscitivas y del incremento de conocimientos, hábitos y aptitudes para solucionar problemas, lo que otorga a las personas capacidades para actuar de forma adecuada y sobre algún aspecto de su realidad individual y social, ya que permite la generación de comportamientos y estilos de vida saludables. Indirectamente, cuando actúa a través de otros determinantes sociales de la salud, como el empleo pues aumenta la seguridad en materia laboral y de ingresos, porque permite un mejor aprovechamiento de los recursos que posibilitan construir un entorno adecuado. En diversos estudios se ha resaltado la educación como un factor importante para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, que es el factor número uno a nivel mundial para la transmisión del VIH.

El presente estudio tiene como objetivo mostrar evidencias respecto a la influencia de la educación como determinante de salud en el contexto de las personas que tienen como diagnóstico VIH/SIDA, en la primera parte se aborda la epidemiología del VIH/SIDA, posteriormente analizamos en el marco teórico los determinantes en salud y la forma en cómo las personas adquieren el conocimiento en el entorno donde se desarrollan para el cuidado de su salud , asimismo se realizó una revisión de la literatura a nivel internacional bajo el enfoque de la educación y la interrelación que esta tiene, con el estilo de vida y las conductas de riesgo que presentan los pacientes seropositivos, finalmente se muestran los resultados obtenidos.

2. Marco teórico

2.1 Epidemiología del VIH/SIDA Panorama Mundial.

La magnitud de la crisis del SIDA supera las previsiones realizadas ONUSIDA estima que las estadísticas mundiales a diciembre del 2009 son. (Cuadro 2.1)

La región más afectada es África Subsahariana que concentra el 67% de las infecciones de todo el mundo, y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad. La segunda región en importancia es el Sur y Sureste de Asia con el 13% de las personas, mientras que en tercer lugar aparece América Latina con el 5% del total de las personas que viven con VIH en todo el planeta.

La epidemia a nivel mundial ha mostrado, en los últimos años, una tendencia a la estabilización. A pesar de que el crecimiento en el número de personas que viven con VIH es sostenido en los últimos años, la prevalencia mundial del VIH ha permanecido relativamente estable en los últimos ocho años con una cifra de alrededor del 0.%, las estimaciones realizadas por el ONUSIDA indican que, a nivel mundial, aproximadamente una de cada 12 personas adultas de 15 a 49 años de edad se encuentra viviendo con el VIH.

2.2 El VIH en América Latina

A pesar de que América Latina tiene una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH alcanzó la cifra de 1.7 millones.

Considerando el número total de infecciones, México ocupó en el 2007 el segundo lugar con 200,000 personas viviendo con VIH, después de Brasil que, con 730,000 personas viviendo con VIH ocupó el primer sitio entre los países de América Latina y el Caribe. A continuación, se ubicaron Colombia (170,000), Argentina (120,000) y Perú (76,000) como los siguientes países numéricamente más importantes de la región.

Cuadro 2.1, Resumen Mundial de la epidemia del SIDA, tomado de AIDS epidemic update, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2009. ¹

Número de personas que vive con VIH en 2008		
Total	33.4 millones	[31.1–35.8 millones]
Adultos	31.3 millones	[29.2–33.7 millones]
Mujeres	15.7 millones	[14.2–17.2 millones]
Niños menores de 15 años	2.1 millones	[1.2 –2.9 millones]
Nuevas infecciones por el VIH en 2008		
Total	2.7 millones	[2.4–3.0 millones]
Adultos	2.3 millones	[2.0–2.5 millones]
Niños menores de 15 años	430 000	[240 000–610 000]
Muertes relacionadas con el SIDA en 2008		
Total	2.0 millones	[1.7–2.4 millones]
Adultos	1.7 millones	[1.4–2.1 millones]
Niños menores de 15 años	280 000	[150 000–410 000]

Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina. Los países con mayor prevalencia de VIH son Guyana (2.5%), Suriname (2.4%) y Belice (2.1%). Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras) con cifras del 0.7% al 1% prevalencia en adultos.

En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países que tiene frontera, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%).

2.3 El VIH en México

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1 %.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el

VIH (2008), de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales.

El 3.1% correspondió a trabajadoras sexuales y el 2.0 a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5% del total de personas que viven con VIH en México. .

La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2008, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. El 27% se encuentra recibiendo terapia ARV, en alguna de las instituciones de salud del país o en la medicina privada; un 14% han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar el tratamiento ARV. Sin embargo, el 59% restante son personas que se encuentran infectadas por el VIH, pero que ellas no lo saben.²

2.4 El VIH en el Hospital General de México.

En el servicio de Infectología del Hospital General de México en el año de 2009, en la consulta externa se atendieron 1052 pacientes de los cuales el 71% son hombres y el 29% mujeres, la edad oscila entre los 14 y 70 años de edad aunque cerca del 60% está entre el rango de edad de 26 a 40 años, durante la cual se es altamente productivo.

En cuanto al lugar de origen de los pacientes, el 69% proceden del Distrito Federal, el 23% del Estado de México y el 8% restante se distribuye por orden de importancia entre los estados de Veracruz, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Guerrero y otros, también se proporciona atención a algunos pacientes extranjeros (el 0.5%). Los diagnósticos que se encontraron fueron el 55% de los pacientes tiene como diagnóstico solo VIH, el 45% VIH/SIDA de las cuales predominan la infecciones por virus, parásitos y hongos (herpes, citomegalovirus, varicela, hepatitis, criptococosis, neumocistis, y toxoplasmosis, entre otros), la tuberculosis con el 1% y los tumores (sarkoma de kaposi y linfoma) con 3%.³

A nivel mundial 2008 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos por lo que la OMS considera a los jóvenes un grupo diana en contacto al riesgo de infección por el virus del VIH y una población prioritaria en las intervenciones preventivas a desarrollar.^{4,5}

3. Aspectos Generales sobre el VIH/SIDA

3.1 Historia Natural del VIH

El virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), pertenece a la familia de los Retrovirus y a la sub familia *Lentiviridae* que forman un eslabón entre los ARN virus y los ADN virus. El flujo de la información genética usualmente va de ADN a ARN y de ahí a proteínas. Por invertir este flujo de información, un grupo de virus reciben el nombre de Retrovirus, los que almacenan su información genética en el ARN y poseen una enzima, la Transcriptasa Reversa, que les permite sintetizar ADN viral el cual se integra a los cromosomas de las células para servir en el futuro como base de la replicación viral. ⁶

Los retrovirus se clasifican en endógenos y exógenos. Los endógenos se transmiten de padres a hijos a través de las células germinales, no provocan enfermedad alguna y parecen participar en las funciones normales de las células. Los retrovirus exógenos se transmiten de humano a humano por contacto sexual o por la sangre infectada y sus derivados. No se conoce reservorio natural y constan de tres sub familia; *Oncornavirus*, *Lentivirus*, y *Spumavirus*.

Los *oncornavirus* atacan a los linfocitos T, poseen acción transformantes celular a corto plazo y sus principales integrantes son HTLV - 1, HTLV - II, responsable de la leucemia de células T y de la reticuloendoteliosis leucémica de las células T. Los *lentivirus* atacan fundamentalmente a las células inmunológicas (Linfocitos T, cooperadores y Células del sistema fagocítico mononuclear SFM) a las cuales destruye, conduciendo con ello al SIDA pertenecen a este grupo el VIH 1, VIH II.

El SIDA es una enfermedad que afecta principalmente al sistema inmune. Por la afección de los linfocitos cooperadores, el paciente con SIDA es incapaz de controlar las infecciones, como consecuencia desarrolla infecciones mortales antes las cuales el paciente no tiene una respuesta inmune adecuada y se favorece el desarrollo de neoplasia principalmente Sarcoma de Kaposi y Linfoma.⁷ La persona que vive con VIH es aquella que es portadora del virus y que no ha desarrollado manifestaciones clínicas de la enfermedad. Su sistema de defensas se encuentra dentro de lo normal, la persona que vive con SIDA es aquella que ha desarrollado manifestaciones clínicas y de laboratorio (CD4 y carga viral), que evidencian deterioro en su organismo y la presencia de enfermedades y/o infecciones oportunistas.

Fases del VIH

Una vez que una persona se ha expuesto al virus, el VIH entra en el torrente sanguíneo y reside en las células, este es el momento en que ocurre la infección con el VIH. Las personas con VIH son consideradas infecciosas inmediatamente después de infectarse con el virus y es infecciosa en todo momento. Además no necesita tener síntomas o verse enferma para tener VIH. De hecho, las personas se pueden ver muy sanas durante muchos años, a pesar de que tengan VIH en su cuerpo. La única manera de averiguar si uno está infectado es haciéndose una prueba diagnóstica de VIH.⁸

Fase primaria o periodo de ventana

Una enfermedad de seroconversión ocurre en 70 u 80% de las personas infectadas, como consecuencia de los altos niveles circulantes de VIH-1. Los síntomas comunes son fiebre (80%), malestar general (68%), artralgia (54%), erupción maculopapular (51%), mialgias, úlceras orales y complicaciones neurológicas, tales como Guillan Barre, faringitis y parálisis de Bell. La mayoría de los síntomas se resuelven después de 7 a 10 días. En algunos pacientes, la enfermedad es más grave y puede estar asociada con una infección oportunista.⁹

Fase intermedia o crónica.

Es un periodo en que no existen manifestaciones clínicas o son someras e inespecíficas, aunque en ocasiones aparecen infecciones o tumores que se relacionan estadísticamente más con la coinfección por VIH o complican su tratamiento. Ese equilibrio, con un control aparentemente fácil del VIH y cifras estables de CD4 dura un tiempo prolongado, habitualmente más de 10 años. Pero finalmente ese equilibrio se decanta a favor del VIH, con aumento de la replicación viral, produciéndose un lento y progresivo descenso de la cifra de CD4 hasta niveles de riesgo para padecer determinadas infecciones oportunistas.

La velocidad de progresión de la infección no es igual para todas las personas y se han agrupado en tres velocidades.

- Progresores típicos: el 80, 90% de los infectados tardan entre 10 y 12 años en desarrollar la enfermedad, es decir, tener criterios de SIDA.
- Progresores lentos: entre el 5 y 10% tardan muchos más años
- Progresores Rápidos: otro 5, 10% de los pacientes en los que el desarrollo de SIDA se produce en poco tiempo.
- Fase final o SIDA. Esa fase se caracteriza por un descenso de la cifra de linfocitos CD4 por debajo de 200 cel/ml, lo que supone un alto riesgo para padecer infecciones oportunistas o tumores específicos. Es la fase final que normalmente define los criterios de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.¹⁰

Actualmente se utiliza la clasificación de la CDC de 1993 que clasifica a los pacientes según los datos clínicos (categoría clínica) y el número de linfocitos CD4 (categoría inmunológica). No se considera la carga viral (dada la antigüedad de la clasificación), a pesar de ser un parámetro importante tanto para el pronóstico, como para el inicio y seguimiento del tratamiento antirretroviral (cuadro 3.1)

La categoría clínica A, incluye a sujetos con primoinfección y asintomáticos, con o sin linfadenopatía generalizada persistente. La categoría clínica B engloba a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo y tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de esta última.

En la categoría clínica C, se integran aquellos pacientes que presentan o han presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA de 1987 más otras tres nuevas que se añadieron con posterioridad y que fueron aceptadas también por la OMS para Europa. Con fines de vigilancia epidemiológica, en Estados Unidos se consideran como casos de SIDA a los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3, mientras que en nuestro país, se excluyen las dos últimas y solo se cuentan como casos de SIDA los pertenecientes a la categoría clínica C (C1, C2 y C3).¹¹

Cuadro 3.1 Clasificación de la infección del VIH/SIDA.

Categorías clínicas			
Categorías inmunológicas	A	B	C
1. >500 CD4 ó CD4 >29%	A1	B1	C1
2. 200-499 CD4 ó CD4 14-28%	A2	B2	C2
3. <200 CD4 ó CD4 <14%	A3	B3	C3

En amarillo las categorías consideradas como sida en Europa. En USA además de éstas se considera sida a las categorías A3 y B3.

3.2 Mecanismos de transmisión del VIH.

El VIH se transmite por contacto con fluidos corporales. Las vías de transmisión son relaciones sexuales sin protección, el contacto con sangre (incluyendo las lesiones por pinchazo de aguja, el intercambio de equipos de inyección contaminados y los productos de la sangre), la transmisión vertical (de madre a hijo antes, durante y después del nacimiento). Rutas menos comunes incluyen los tatuajes, y el trasplante de tejidos, la inseminación artificial y semi invasivo procedimientos médicos. El modo más común de la transmisión del VIH es de transmisión sexual, representa el 75-85% de los casos en todo el mundo. El riesgo de transmisión por la exposición puede ser influido por factores tales como la enfermedad de úlcera genital, los factores genéticos y la etapa de la enfermedad del VIH. Se estima que la transmisión de una persona con infección por VIH aguda es de más de 34-50% de los casos de recién adquirido el VIH.¹²

}

4. Educación en VIH.

4.1 La Educación como determinante social de la salud.

La educación es la estrategia más eficaz, porque hasta ahora, la prevención no sólo es la respuesta más barata, sino también la más contundente. El conocimiento es, literalmente la mejor medicina, la comprensión de lo que no se debe hacer ha contribuido a reducir las tasas de infección en los países desarrollados.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO), afirma que El VIH/SIDA afecta la demanda, la oferta y la calidad de la educación ve la educación, como un elemento esencial en la prevención de la infección y el impacto del VIH, por educación para la prevención del VIH/SIDA entiende la oferta a todos de oportunidades de aprendizaje para desarrollar el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluyendo el acceso a la atención, el asesoramiento psicológico y la educación para el tratamiento. Reconoce que cuando los conocimientos se aplican en la práctica, la epidemia se frena, donde se reduce la superstición y se suprimen las ideas erróneas, el comportamiento cambia. Sin embargo, el conocimiento por sí solo no basta, lo que se aprende depende no sólo de la validez del mensaje, sino también del contexto en el que éste se transmite y modifica, y del marco de referencia en el que se interpreta.¹³

La propagación del VIH/SIDA es la epidemia más mortífera de la historia, se debe

a un virus que no es particularmente contagioso, muchas enfermedades infecciosas, la gripe, por ejemplo, o enfermedades infantiles como el sarampión o las paperas, son sumamente contagiosas; hallarse en las cercanías de una persona infectada basta a veces para contraerlas. La difusión del VIH, en cambio, es relativamente fácil de prevenir: las personas informadas y motivadas tienen la posibilidad de protegerse.¹⁴ Por eso, el trato social cotidiano con las personas infectadas es inocuo y su atención médica no comporta riesgos para el personal de salud. Además, en los casos de mayor riesgo, en la medida en que las relaciones sexuales son voluntarias, las personas pueden generalmente evitar la infección si saben cómo se transmite. Las ideas erróneas traen prejuicios, discriminación y exclusión, el silencio social favorece la infección, el conocimiento insuficiente lleva a un comportamiento negligente, la ignorancia lleva a la falta de asistencia médica a las personas infectadas y al ostracismo que hace de las personas que viven con VIH seres excluidos de la sociedad, la exclusión puede acelerar la muerte.

La distribución desigual de las tasas de infección en el mundo se debe en no escasa medida a una distribución desigual del saber. La necesidad de una educación preventiva proviene de las formas particulares de ignorancia estrechamente asociadas a la epidemia, especialmente en los países en desarrollo más afectados, es por ello que la educación es un elemento fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la

sociedad, es factor determinante para la adquisición de conocimientos, para formar hombres y mujeres, de manera que tengan sentido de solidaridad social y desarrollen actitudes adecuadas en los individuos así como crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.^{15,16}

La revisión etimológica ubica el término educación, fonética y morfológicamente, como una raíz de educare conducir, guiar u orientar; pero semánticamente también refiere la raíz de educere hacer salir, dar a luz, un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también auto conducción, conducción desde dentro,¹⁷ la educación es la acción y el efecto de educar, formar, construir, es el conocimiento de las costumbres y buenos modales de la sociedad.¹⁸

En este contexto, la educación se desarrolla en diversos espacios y formas, estas formas son la educación formal, impartida en las instituciones, y la educación no formal, realizada en todos los espacios diferentes de las instituciones. Ambas formas de educación son importantes y relevantes, puesto que es tan formativa una tarea espontánea sugerida por la familia como la prefijada en la planificación sistematizada y visualizada en una concreción curricular en la escuela.

4.2 Educación formal

La educación es medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar a mujeres y a hombres, de manera que tengan sentido de solidaridad social, contribuye al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas; Favorece el desarrollo de facultades para adquirir conocimientos, así como la capacidad de observación, análisis y reflexión críticos; refuerza las actitudes solidarias en los individuos y crea conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así mismo propicia el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.¹⁹

La educación formal está comprendida en el sistema educativo, altamente institucionalizada, cronológicamente graduada y jerárquicamente estructurada, que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad. Antes de esta clasificación, se la denominaba educación sistemática. La característica típica de la educación institucionalizada es que se realiza mediante la relación personal entre el educador y el educando, de una manera técnica y pedagógicamente regulada. En términos sociológicos, se puede decir que la educación institucional es una acción organizada, ejercida por agentes especiales y con medios especiales. Los fundamentos de toda educación

institucional son el trabajo intelectual y el desarrollo de habilidades y destrezas, así como la convivencia social.²⁰

4.3 Educación no formal.

La educación no formal incluye toda actividad educativa organizada, sistemática, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizajes a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños.

La educación no formal o espontánea la imparten la familia, la sociedad, las relaciones humanas informales, las personas, los grupos, los sindicatos, los gobiernos, los medios de comunicación, etcétera. La educación no formal es toda actividad educativa realizada fuera de la estructura del sistema formal y escolarizado. La característica central de la educación no formal es que básicamente se produce en forma no intencional; no siempre tiene un objetivo educativo planificado, sino que se desarrolla como parte de la convivencia social.

El primer espacio de educación no formal es la familia, donde el niño y la niña, por la interacción social, reciben la primera educación, es decir, los conocimientos, los afectos, los valores, los comportamientos, los estilos de vida. En la actualidad, la aparición de Internet está generando espacios de educación no formal sumamente importantes. Gran parte de la población accede a esta fuente de información global, y de esta manera se genera también un aprendizaje de conocimientos, y por lo tanto se desarrollan procesos educativos en los cuales se integran diversos temas de interés.²¹

4.4 Educación para la Salud y Enfermería

Entendiendo la Educación para la Salud como un elemento dinámico y cambiante, la intervención no debe estar sujeta a límites contextuales, cualquier actividad de prevención y promoción de la salud puede realizarse en todos los ámbitos: formales, no formales, de trabajo, comunitarios y de tiempo libre.

El objetivo de la educación para la salud, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente. Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la gestión, la educación e información y el auto cuidado, mediados por la comunicación.

La enfermera para cuidar la vida y la salud requiere del desarrollo de habilidades personales. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud, el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.²²

Para cuidar es necesario, pensar, discurrir, es un acto intelectual, teórico y práctico, cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y

simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano e implica estar con la persona a quien se cuida.²³

Es papel de la enfermería elevar el nivel de auto cuidado de los ciudadanos o compensar la deficiencia del mismo, entendiendo auto cuidado como: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma. Esto se desarrolla a través de las siguientes responsabilidades:

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de auto cuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del auto cuidado.
- Completar los déficits del auto cuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de auto cuidado y las actividades realizadas por la persona.
- Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su auto cuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

El auto cuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, el auto cuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables

o riesgo para la salud. La enfermera es la responsable del fomento del autocuidado en las personas, con la educación, como herramienta, para que los usuarios puedan optar por prácticas favorables a la salud.²⁴

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de los individuos y la manera como ellos se cuidan. El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud.²⁵

4.5 Educación para la salud por medio de la Promoción a la Salud

El concepto de salud, tradicionalmente entendido como ausencia de enfermedad, ha ido ampliándose a través del tiempo hasta llegar a la definición de; la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades., propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁶

La salud, considerada no en términos asistenciales o reparadores de enfermedad, sino como la capacidad de desarrollar los propios potenciales personales y responder de forma positiva a los retos del ambiente, no puede entenderse sino en el marco de la promoción de la salud, que pretende el desarrollo de las habilidades individuales y la capacitación para influir sobre los factores que determinan la salud, así como la promoción de los cambios necesarios para generar y posibilitar las opciones saludables.

Al abordar la salud desde el marco conceptual de la promoción a la salud se incluyen estrategias descritas en la Carta de Ottawa, para abordar los determinantes de salud con miras a lograr la salud para todos, mediante intervenciones comportamentales, sociales, normativas y ambientales. Por lo tanto, la promoción de la salud incluirá acciones dirigidas tanto a los determinantes de la salud que están fuera del control inmediato de las personas, incluidas las condiciones sociales, económicas y ambientales, y los factores determinantes en el seno del control más inmediato de las personas, incluyendo las conductas de salud individuales.²⁷

La promoción a la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla asimismo a introducido cambios positivos en los hábitos de las personas relacionados con la salud y a reducido algunas causas de mortalidad y morbilidad como las cardiopatías, los traumatismos por accidentes de tránsito y las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA.²⁸

La mortalidad por VIH/SIDA está relacionada con la condición socioeconómica del individuo, los ingresos han demostrado ser un predictor importante de la falta de seguro de salud entre las personas con VIH y, en consecuencia, puede ser una razón por la que tienen menos probabilidades de recibir tratamiento.²⁹

En lo que se refiere a los factores de riesgo a nivel mundial, las prácticas sexuales de riesgo son el factor principal de la propagación del VIH/SIDA, cuyo impacto es

enorme en los países pobres,³⁰ las conductas sexuales de riesgo, característico en los adolescentes y adultos jóvenes, incluyen múltiples parejas sexuales, relaciones homosexuales, abuso sexual, sobre todo asociados con una falta o inadecuada protección (uso de preservativo); las cuales representan un alto riesgo de infección por VIH, cuyo contagio se produce a través de los fluidos corporales (semen, secreción vaginal y sangre).

El riesgo identificado a principios de la epidemia fue por coito anal receptivo en homosexuales de San Francisco, posteriormente, se extiende a la población heterosexual por el coito vaginal sin protección. Se sabe que el riesgo aumenta si se asocian enfermedades de transmisión sexual (ETS), traumatismos de mucosas, menstruación y posible falta de circuncisión de la pareja activa. La infección por el VIH ha planteado desde su aparición un enorme desafío a la humanidad.³¹ Un aspecto importante, es la baja percepción de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, por parte de los jóvenes lo que favorece el sexo sin protección, debido a una deficiente educación sexual, sin embargo estos son solo algunos de los muchos factores que pueden estar involucrados en este problema.³²

Por lo anteriormente mencionado LA OMS, crea La Comisión Nacional del VIH/SIDA (CONASIDA), que es la institución encargada de elaborar, coordinar y evaluar los programas para la Prevención y Control del SIDA y las ETS en el país. Depende de la Subsecretaría de Salud Pública, de la División de Prevención y Control de Enfermedades y es un Departamento al interior del Ministerio de Salud. Además de las acciones destinadas a la atención, el apoyo y el tratamiento

de las personas con VIH/SIDA, una de sus principales funciones es la prevención, que resulta fundamental para el combate eficaz de la pandemia y forma parte de un compromiso mundial, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que señala que la prevención de la infección por el VIH debe constituir la base de la respuesta nacional, regional e internacional a la epidemia.

La línea preventiva tiene el propósito de facilitar el acceso de las personas a la información, la educación y el desarrollo de capacidades para identificar las situaciones de riesgo de adquirir y transmitir el VIH/SIDA y las ETS. A partir del año 2002, la estrategia de prevención ha intentado potenciar la idea de descentralización, mediante la formulación de Planes Regionales, que permitan construir una respuesta nacional de prevención intersectorial, descentralizada y participativa, acorde a los contextos locales y a las características de la epidemia, la prevención debe enmarcarse en contextos y situaciones específicas, identificando y abordando aquellos elementos sociales y culturales que contribuyen a propagar el VIH/SIDA y aumentan la vulnerabilidad de algunas poblaciones,³³ las prácticas preventivas, incluyen el uso del condón, y el combate al estigma y la discriminación tomando como elemento clave la educación que es uno de los factores determinantes de la salud,³⁴ tanto a nivel individual y comunitario ya que por medio de ella se reduce la pobreza a través de un aumento del empleo, y proporciona habilidades para la consecución de una mejor salud, es una de las formas oportuna y eficaz de promover estilos de vida saludables y prevenir la pandemia de VIH/SIDA.^{35,36}

4.5.1 Determinantes sociales de Salud

Los determinantes sociales de salud son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades, Lalonde en 1974, creó un modelo de salud pública, consideraba que el nivel de salud de una comunidad estaba determinado en cuatro elementos generales: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y cuidado de la salud. Estos cuatro elementos se identificaron a través de un examen de las causas y factores subyacentes de la enfermedad y muerte.³⁷

La biología humana incluye todos los aspectos de la salud, tanto física y mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como una consecuencia de la biología básica de la persona, incluye la herencia genética del individuo, el procesos de maduración y envejecimiento y los muchos sistemas internos complejos en el cuerpo, como el esquelético, nervioso, muscular, cardiovascular, endocrinos, digestivo y así sucesivamente. Este elemento contribuye a todo tipo de enfermedad y mortalidad, incluyendo muchas enfermedades crónicas (tales como la artritis, la diabetes mellitus, la aterosclerosis, cáncer) y otros trastornos genéticos, (malformaciones congénitas, retraso mental).

El medio ambiente incluye todos aquellos asuntos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre el cual el individuo tiene poco o ningún control.

Estilos de vida, esta categoría en el campo de la salud consiste en la agregación de las decisiones de los individuos que afectan a su salud. Las decisiones personales y hábitos que son malos, cuando esos riesgos resultan en una

enfermedad o la muerte, el estilo de vida de la persona se puede decir que han contribuido o causado, su propia enfermedad o la muerte.³⁸

La Organización del Cuidado Médico es la cuarta categoría que consiste en la cantidad, calidad, organización, la naturaleza y las relaciones de personas y recursos en la prestación de atención de la salud. Incluye médicos, la práctica de enfermería, hospitales, hogares de ancianos, medicamentos, servicios de salud públicos y comunitarios, ambulancias, tratamiento dental y otros servicios tales como la optometría, la quiropráctica y podología. Este cuarto elemento es lo que generalmente se define como el sistema de salud, que incluye la calidad, la cobertura y la gratuidad.

Estos factores son modificables, al menos teóricamente, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación, una de sus características es que están influenciados por factores sociales. Hasta ahora los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos en salud, se han centrado en la organización de salud, sin embargo, cuando se identifican las principales causas actuales de la enfermedad y la muerte, nos encontramos con que están arraigadas en los elementos de la biología humana, el medio ambiente y estilos de vida, sin embargo grandes sumas de dinero se gastan en el tratamiento de enfermedades que podrían ser evitadas si se diera más atención a la promoción de la salud y la protección específica de las enfermedades oportunistas en el caso de las personas con VIH.

Los determinantes sociales de la salud son ampliamente utilizados y priorizados en una variedad de lugares de todo el mundo, en marzo de 2005, la Organización

Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud para hacer frente a las inequidades en salud entre países.^{39,40}

La Comisión Sobre Determinantes Sociales fue creada para recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización. Un aspecto importante de la Comisión es que centra su labor en países con todo tipo de niveles de ingresos y desarrollo, la equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos los países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial.

La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto

constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países.^{41, 42}

El modelo de salud pública de Lalonde hace mención a los estilos de vida para evitar enfermedades. Los estilos de vida son un objeto de transformación, ello sin restar importancia a las otras líneas de acción. Pero es muy importante anotar, que un programa que tenga como meta un cambio en los estilos de vida de un grupo determinado de población, debe considerar el contexto social de las personas a las cuales va dirigida la intervención, es ahí donde está el potencial de cambio de las personas.⁴³

5. Aprendizaje Social.

5.1 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

El aprendizaje social, se enfoca a determinar en qué medida aprenden los individuos no sólo de la experiencia directa sino también de observar lo que les ocurre a otros. El aprendizaje de conductas se produce siempre, según esta teoría, en un marco social. Esto implica que, además de aprender las normas de conducta por medio de las reacciones que los demás tienen ante sus actos, las personas adquieren los modelos de comportamiento adecuados por observación, viendo a los otros actuar, este aprendizaje se ha llamado imitación o modelado, ya que las personas copian el comportamiento de aquellas personas que, por su aceptación social, se convierten en modelos de conducta apropiada.⁴⁴

Albert Bandura, plantea que además del conocimiento formal, existen otros tipos de aprendizajes que ocurren por observación. Ello plantea esta corriente porque existen mecanismos internos de representación de la información, que son cruciales para que exista aprendizaje. Estas representaciones son construidas a partir de las asociaciones estímulo-respuesta y ellas son las que en definitiva determinan el aprendizaje. Por tanto asumen que el contenido del aprendizaje es cognitivo.⁴⁵ Es así, que un individuo presta atención a los refuerzos que genera una conducta, entendiendo por conducta la predisposición a responder en una forma emocional a ciertos objetos e ideas, tienen tres elementos constitutivos que son afectivos, cognitivos y conductuales, es decir implican sentimientos y emociones, creencias y una tendencia a la acción.

Su teoría se basó en un concepto fundamental, la Autoeficacia, que se refiere a las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o en niveles de rendimiento, la autoeficacia influye en cómo la gente 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 (autoestimulantes y autodesvalorizantes), 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 y el logro académico.⁴⁶

El concepto de Autoeficacia fue propuesto por Bandura en el año de 1977, las bases del modelo de autoeficacia se dan en términos de una triada de causalidad recíproca, es decir, se describe por medio de tres componentes que operan en interacción unos con otros.⁴⁷ Los tres componentes determinantes de acción propuestos por Bandura son: 1) determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; 2) la conducta, e 3) influencias ambientales. (Figura 5.1)

Es dentro del componente de determinantes personales donde según la teoría Cognitivo-Social, los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento y es aquí donde Bandura atribuye la existencia de

un auto sistema, el cual permite a las personas ejercer un control sobre el medio ambiente y sus creencias, factores que a su vez alteran las conductas subsecuentes. Este auto sistema incluye las habilidades de simbolizar, aprender de otros, planificar estrategias alternativas, regular la propia conducta y la auto-reflexión.⁴⁸ Con lo anterior, Bandura propone que la conducta humana es el resultado de la interacción entre este auto sistema y las fuentes de influencias externas y medioambientales, ya que el individuo opera dentro de las influencias socioculturales.

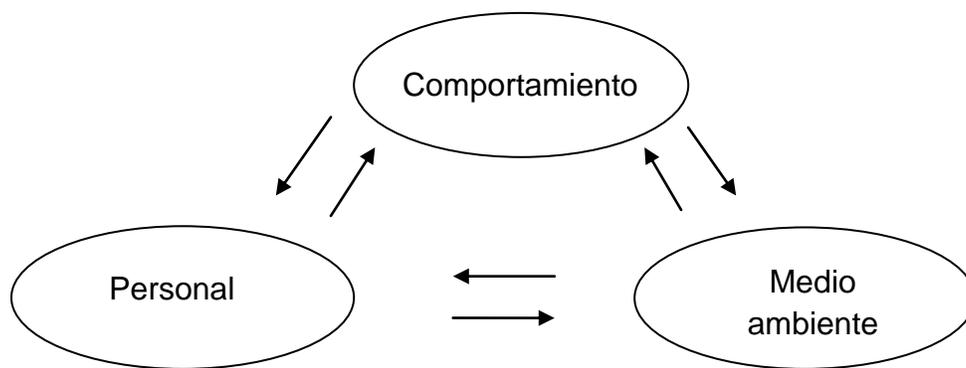


Fig. 5.1 Esquematización de la triada de causalidad recíproca propuesta por Bandura para describir el comportamiento desde la Teoría Cognitivo-Social.

Asimismo, Bandura considera que la capacidad humana de auto-referencia del pensamiento, permite a las personas evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta, dichas evaluaciones incluyen percepciones de auto-eficacia, que es como Bandura definió a las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones; en sí, la Autoeficacia no es otra cosa que las auto-evaluaciones que hace el individuo sobre lo que se cree capaz de hacer.

El modelo de Autoeficacia como modelo psicológico en el área de la salud supone que uno de los principales problemas con respecto al cambio conductual es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable, a este respecto Bandura, considera que lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la autoeficacia, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables.⁴⁹

La autorregulación, por su parte, requiere de habilidades de auto monitoreo que permitan a las personas reconocer cuándo deben de poner en práctica su sistema auto regulatorio. En el concepto de autorregulación las personas desarrollan hipótesis sobre su propio cuerpo y sobre el proceso salud enfermedad. La autorregulación tiene cuatro etapas, extrae información del medio ambiente, se forma una imagen de los riesgos de la enfermedad, planea las acciones y las lleva a cabo, evaluar el efecto de las acciones tendientes a disminuir el riesgo. Desde el

punto de vista de la teoría de la autorregulación la no adopción de medidas preventivas se debe a que los sujetos se han formado una imagen irreal del problema y han creado mitos sobre la causa de la infección y sus mecanismos de transmisión. Las intervenciones propuestas por esta teoría están dirigidas a que los sujetos tengan una imagen real del problema, lo cual les ayudara para realizar medidas de protección, promoviendo así, la emisión de conductas saludables por medio de un cambio de comportamiento auto dirigido.

Bandura (1994) señala que una buena intervención que tenga por objetivo el cambio de comportamiento, debe desde la perspectiva del modelo de Autoeficacia, considerar cuatro variables, las cuales están dirigidas a alterar cada uno de los tres componentes determinantes de acción propuesto por la teoría Cognitivo-Social. (Figura 5.2)

El primer elemento, es el componente informativo, éste se refiere a la distribución de información sobre el tema tratado. El componente informativo intenta hacer conscientes a las personas de lo vulnerables que son ante determinada enfermedad, su forma de transmisión, el desarrollo de la enfermedad y todas las características de la misma. También busca informar a las personas sobre todas aquellas conductas que representan un riesgo para su salud y cuáles no, cómo hacerle para desarrollar comportamientos seguros, qué tan importante es conservarse sano, cuáles son los beneficios derivados de los comportamientos saludables, las ventajas de poder regular su conducta, etcétera.

El segundo componente se refiere al desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación que permitan a las personas el transformar la información en conductas o acciones de prevención efectivas. Cabe mencionar que en este componente, no se recomienda aún poner a los sujetos en situaciones de riesgo real.

En realidad lo que se hace en este paso, es identificar en los propios sujetos la serie de conductas que llevan al riesgo, saber qué se debe de hacer y cómo se debe de hacer para salir de la situaciones de riesgo, saber reforzarse uno mismo por prácticas no riesgosas, saber cómo regular su conducta por medio de la propia insistencia del sujeto de que determinadas conductas implican un riesgo, etcétera.

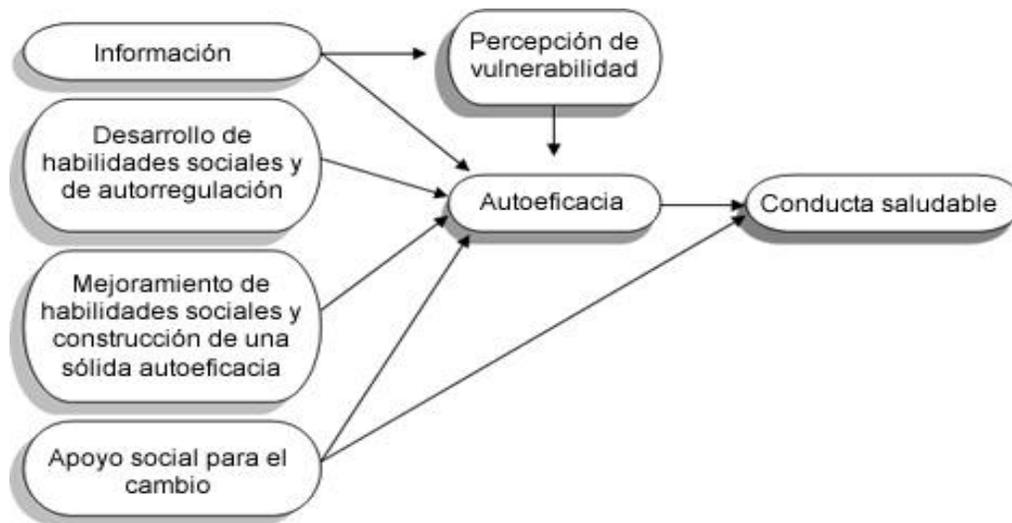


Figura 5 2. Representación esquemática del modelo de Autoeficacia.

El tercer componente está dirigido al mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia, lo cual se logra por medio de simulacros de situaciones que pueden ir desde un simple juego de roles hasta situaciones de alto riesgo en donde con ayuda de un guía y de la retroalimentación, el individuo puede ensayar y mejorar las habilidades necesarias para enfrentar de una manera efectiva una situación de riesgo en la vida real. Los ensayos pueden llevarse a cabo en diferentes contextos y con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de este elemento es desarrollar al máximo las habilidades auto regulatorias y las habilidades sociales, que conlleven al desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia.

Y por último, tenemos la creación de una red de apoyo social que asegure el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas, ya que el cambio de comportamiento se da en un contexto social específico con una influencia social normativa. En este componente se ha de considerar la identificación de redes sociales que tengan más influencia y de aquellas que tengan la habilidad de reforzar o castigar.⁵⁰

En cuanto a la forma en que este modelo pretende prevenir la transmisión del VIH/SIDA, considera que todas las personas están regidas por un autosistema, el cual, posee una variedad de habilidades con las cuales se pueden enfrentar y en el mejor de los casos, evitar de forma efectiva las conductas de riesgo. El objetivo es desarrollar autoeficacia, una de las principales habilidades del autosistema, la cual es posible desarrollar si existe una adecuada autoregulación de las demás

habilidades de las personas. Para poder desarrollar la autoeficacia, el sujeto debe desarrollar las habilidades propuestas por cada uno de los cuatro componentes que propone el modelo.

En el primer elemento (componente informativo) el individuo debe conocer qué es el VIH, cómo se transmite, cuáles son los síntomas, cómo se puede prevenir, cuáles son las conductas de riesgo, qué tipo de conductas son las que ellos llevan a cabo, si son de riesgo o prevención, etc. En el segundo componente (desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación) el sujeto debe considerar las situaciones en que ha estado más expuesto a comportamientos de riesgo (bajo el influjo de alguna droga o del alcohol, después de una fiesta, etc.) y las formas en que debe de cambiar para mostrar comportamientos preventivos, tales como el uso del condón en todas sus relaciones sexuales, la posibilidad de emplear conductas alternativas a la penetración vaginal o anal (tales como la masturbación o las caricias), tener la confianza de investigar sobre el pasado sexual de su pareja, considerar la comunicación como un elemento importante para el desarrollo de conductas preventivas, etcétera.

Toda vez que el sujeto sabe y tiene la información necesaria sobre el VIH/SIDA, podemos decir que es autoeficaz y que reconoce las conductas de riesgo que ha practicado y ha considerado las posibles alternativas para evitar la transmisión del VIH, el sujeto pasa a la siguiente fase (mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia), en donde se ensayarán las habilidades sobre aquellos comportamientos considerados como preventivos, es

decir, el sujeto aprenderá y ensayará desde la forma de comprar un condón, la forma de ponerse un condón, la forma de preguntar sobre el pasado sexual de la pareja, las formas de proseguir en caso de que la pareja se sienta agredida, las características de una comunicación asertiva, las formas de decir no cuando se sienta en riesgo, etc. Dichos ensayos deberán de considerar la dificultad del comportamiento y podrán ser practicados a manera de simulacros que de forma progresiva aumenten su nivel de complejidad, empezando por ejemplo, con situaciones imaginarias, hasta que el sujeto pueda hacer frente a situaciones reales.

6. Aspectos epidemiológicos del VIH/SIDA

La evaluación del nivel de conocimientos y las actitudes sobre VIH SIDA es uno de los principales temas de investigación sobre los factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH, los estudios se han centrado en las ideas erróneas en torno a la transmisión y prevención de esta enfermedad, algunos autores refieren que el conocimiento es un arma fundamental para defenderse de la adquisición de la misma , pero no la vislumbra como suficiente para generar conductas preventivas en la transmisión del VIH.⁵¹

Aunado al conocimiento algunos autores identifican el riesgo de comportamiento como un factor para la transmisión del VIH, como es el contacto sexual con múltiples parejas, el abuso sexual (en el que las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por VIH), el sexo sin protección entre hombres y escaso uso del preservativo. Otro factor muy importante de riesgo para la transmisión del VIH son las drogas inyectables, la OMS considera que en todo el mundo 3 millones de personas que utilizan drogas inyectables podrían estar infectados por el VIH, además de estos comportamientos de riesgo, el no tener información adecuada de cómo se transmite el VIH y como se pueden proteger para no adquirirlo son factores que aumentan el riesgo de adquirir la enfermedad y de que las personas en riesgo como son trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y adolescentes, presenten conductas desfavorables frecuentemente.^{52,53}

Las conductas de riesgo según Bandura pueden estar relacionadas con variables cognitivas, conductuales y sociales. Por tanto, se han incluido como principales

factores y conductas de riesgo el uso inconsistente del condón, las relaciones sexuales múltiples, el consumo de drogas y las ideas erróneas sobre el VIH/SIDA

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Peltzer K, et al. (África 2004). ⁵⁴	16,395 hombres y mujeres <15 años.	Identificar el comportamiento asociado al conocimiento serológico	Buen nivel educativo y conocimiento adecuado del VIH/SIDA, conductas desfavorables ya que todas las personas habían tenido dos o más parejas sexuales sin el uso del condón, las personas negativas al VIH, tuvieron comportamientos de riesgo para la adquisición del VIH, como son las múltiples parejas sexuales sin el uso de preservativo.
Uribe AR, et al. (Cali Colombia 2009). ⁵⁵	222 adolescentes de ambos sexos, entre los 10 y 18 años	Describir y comparar los conocimientos correctos, las ideas erróneas, las actitudes, la susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA	La escala que obtuvo mayor puntuación es la de conocimientos erróneos, lo que indica que aún persisten conceptos errados y mitos frente al VIH/SIDA. Igualmente, se encontró que existen diferencias significativas en función de la edad, la escolaridad y el sexo.
Lemos DL (Brasil 2008). ⁵⁶	39 casos y 117 Controles, que dieron a luz en un hospital	Identificar los factores de riesgo, asociados con la infección del VIH durante el parto	Estratos socioeconómicos bajos, desempleo y baja escolaridad, (4 años), el grupo de casos no asistió a control prenatal, el grupo de controles asistieron a su consulta prenatal, en una alta proporción,(82 y 93%), otros factores asociados fueron el uso de drogas por vía intravenosa en los casos y desconocimiento acerca de cómo prevenir el VIH.

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Tavoosi A, et al. (Irán 2004). ⁵⁷	4,641 estudiantes, con edad entre 15-17 años (media de 16.2 años)	Identificar nivel de conocimientos y actitudes en estudiantes de secundaria.	Identifican la televisión como la fuente más importante de información, hubo muchas ideas erróneas sobre las vías de transmisión. Las picaduras de mosquitos, las piscinas públicas y los baños públicos. 46% cree que las personas seropositivas no deben asistir a la escuela.
Iliyasu Z, (Nigeria 2006). ⁵⁸	210 adultos	Evaluar el conocimiento del VIH / SIDA y la actitud hacia el asesoramiento y pruebas voluntarias (APV), entre los adultos en una comunidad rural en el norte de Nigeria.	En general el conocimiento fue alto, reconocen las relaciones sexuales sin protección y transfusión sanguínea como principales formas de transmisión, el sexo femenino y la educación formal se mantuvieron como predictores significativos de conocimiento de VIH / SIDA. Las razones para el rechazo de APV incluyen el miedo al estigma, la falta de armonía marital, la naturaleza incurable de la enfermedad y el costo del tratamiento. La educación formal, el sexo femenino y el conocimiento del VIH predijo significativamente la actitud positiva hacia la APV para el VIH / SIDA entre la población estudiada.

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Liu S, et al, (China 2008) ⁵⁹	1353, hombres adultos que tienen sexo con hombres (HSH), con una edad promedio de 25 años.	Evaluar nivel de conocimientos y los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH / SIDA.	Los HSH < 46 años y + no tenían un conocimiento adecuado, y los hombres >25 años el 94.7% , tenían nivel de secundaria y +, las vías por las que obtuvieron información de VIH fueron: televisión, pareja sexual, material publicitario e Internet, identificaron adecuadamente las vías de transmisión, las conductas presentes en este estudio fueron relaciones sexuales anales con múltiples parejas masculinas en los últimos seis meses, más de una pareja sexual, sin usar protección, el lugar donde conocieron a sus parejas sexuales, fueron baños públicos / saunas , internet, las ideas erróneas estuvieron presentes en el estudio.
Anwar M, et al. (Pakistan, 2005) ⁶⁰	75 conductores de camión.	Evaluar el nivel de conocimientos sobre el VIH / SIDA, y su actitud hacia personas con SIDA	51% de los encuestados eran analfabetas, 33% tenían educación primaria y sólo el 16% tenía secundaria, presentaron desconocimiento de las formas de transmisión, por lo que se asocio el desconocimiento a la falta de educación, las relaciones sexuales sin protección con profesionales del sexo comercial y demás compañeros de la tripulación para disminuir la soledad estaban presentes.

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Wee S. (Singapur 2004) ⁶¹	229 pacientes que asistieron a una clínica de Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Evaluar el comportamiento y factores psicológicos asociados con el uso inconsistente del condón entre los clientes de trabajadoras sexuales.	45% usa condones inconsistentemente, estos clientes fueron más propensos a tener enfermedades de transmisión sexual, presentan pobres conocimiento, las visitas a las trabajadoras sexuales fueron cinco o más veces en los últimos 6 meses
Macchi ML, (Paraguay 2006) ⁶²	336 jóvenes edad media 16 años. 52% masculinos, 48% femeninos.	Indagar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en jóvenes estudiantes de la educación media en colegios públicos y privados.	La fuente de información principal fue la escuela, la edad promedio de inicio de relaciones 14.6 años, el 55% menciona haber utilizar preservativo en relaciones ocasionales. 71,3% sabía donde recurrir en situaciones de riesgo, el nivel de conocimientos en general fue bajo e inconsistente, los resultados revelaron jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA.
Catacora F, (Perú 2007) ⁶³	399 escolares	Determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y las prácticas sexuales de los escolares de 14 a 17 años.	Inicio de relaciones sexuales 14.1 años en hombres y 15.4 en mujeres, 30% manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias de sexo. La información sobre VIH/SIDA es recibida principalmente de folletos, televisión y de sus profesores. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los escolares de Tacna es regular, con inicio precoz de relaciones sexuales y uso limitado de preservativos, mostrando riesgo de contraer la infección a temprana edad.

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Moreno RD. (Veracruz 2007) ⁶⁴	68 pacientes seropositivos, (58 hombres y 15 mujeres) edad entre 20 y 60 años, con un promedio 35años.	Evaluar los factores involucrados en las competencias funcionales presentes relacionadas con el contagio y prevención del VIH/SIDA.	Los factores situacionales tales como las parejas eventuales, los lugares en donde se encuentran las inclinaciones, preferencias, conductas y competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado así como las personas, probabilizan el involucrarse en situaciones de riesgo, es importante mencionar que la población estudiada identificó correctamente las situaciones de riesgo ya sea basándose en su experiencia , formación o creencias.
Lema LA, (Tanzania 2008) ⁶⁵	322 personas entre 15 y 24 años	Investigar los factores determinantes de los comportamientos de alto riesgo sexual .	EL 85.4% tenían escolaridad básica, y el 14-6% sin educación formal, la edad de inicio de relaciones sexuales en promedio fue de 15 años en hombres y 16.3 en mujeres, entre la población e estudio se identifico múltiples parejas sexuales, sin uso de condón, a pesar de conocer sobre la enfermedad refirieron no usar condón porque su pareja lo rechazo y no saber si era importante su uso.
Kemi OB, (Nigeria 2008) ⁶⁶	1,420 estudiantes de licenciatura de licenciatura de cuatro universidades, con edad de 15 – 30 años	Examinar la relación entre el comportamiento sexual y el conocimiento del VIH/SIDA, entre los jóvenes.	El conocimiento fue alto, el 72,5% eran sexualmente activos, estuvieron presentes las relaciones sexuales de alto riesgo, (sexo casual con personas desconocidas, sexo múltiple a cambio de dinero o favores), el 50% de los jóvenes, refirieron no usar condón porque interfiere con el placer que da la actividad sexual y porque sus parejas sexuales no aceptan usarlo.

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Katherine R, et al. (Chicago, Illinois 2007). ⁶⁷	204 personas con VIH,	Examinar si el estigma social es un mediador de la relación entre la alfabetización y auto-reporte de cumplimiento de la medicación del VIH.	68 % tenían educación secundaria, el 20% profesionistas graduados y el 12 por ciento sin educación formal, el bajo nivel de educación se asocio con una probabilidad tres veces mayor de dosis perdidas de antirretrovirales, el estigma fue un factor importante para que las personas con bajo nivel académico no tomaran su medicamento si cuando se lo tenían que tomar se encontraban otras personas con ellas por miedo al rechazo o vergüenza.
Katherine RW, (África 2006). ⁶⁸	7.409 jóvenes sexualmente activos de África del Sur entre 15 y 24 años.	Identificar factores asociados con la Autoeficacia para la negociación sexual y el uso del preservativo en una muestra de jóvenes sudafricanos.	Hombres como mujeres no usaron condón en su primera relación sexual, sin embargo el 42% de mujeres y el 54.3 de hombres si utilizaron condón en su última relación, los pensamientos en torno al porque no usan preservativos son relaciones no deseadas, creencias de que el preservativo indica desconfianza en su pareja, piensan que no están en riesgo de adquirir el VIH, aunque mencionan que es fácil conseguir condones, por otro lado se niegan a ser amigos de personas infectadas por el VIH.
Guiella G, (África 2004). ⁶⁹	5,955 adolescentes, con edades comprendidas entre los 12 y17 años.	Identificar el comportamiento sexual de riesgo y protección de los adolescentes.	El no uso de condón se asocio a la falta de educación formal de la población de estudio pues el nivel educativo de los adolescentes fue bajo el 53% de hombres y el 64% de mujeres refirieron no haber ido nunca a la escuela, actitudes en torno al uso de condón fueron (reducen el placer, usarlo o pedirlo indica falta de confianza hacia la pareja sexual, es vergonzoso comprar o pedir un condón).

Autor y año	Universo de estudio	Objetivo	Hallazgos
Wen YF, (China 2011). ⁷⁰	5,355 participantes, residentes en las ciudades, municipios y zonas rurales donde existe epidemia de VIH/SIDA	Explorar la asociación de los conocimientos sobre el VIH con las actitudes hacia el VIH / SIDA.	Nivel educativo de secundaria y menos, solo el 4.44% tenía educación arriba de secundaria, formas de adquisición de información sobre VIH/SIDA, carteles, ideas erróneas en torno al VIH, (dejar en cuarentena , no compartir comida, no dejar asistir a clases, no dar ayuda a las personas seropositivas) las diferencias fueron estadísticamente significativas según la edad, ocupación, educación y género.
Maia CH, (Brasil 2002). ⁷¹	100 parejas heterosexuales, 50 parejas se contactaron en lugares públicos (grupo 1), 50 en una unidad de salud (grupo II).	Estudiar el conocimiento, la conducta preventiva, y la percepción sobre el VIH / SIDA de los hombres heterosexuales y las mujeres que están casadas o en unión libre.	El grupo 1 tenía un nivel de escolaridad y de ingresos altos, el conocimiento hacia el VIH fue elevado, el grupo II no tenía suficiente información sobre las formas de transmisión, el uso del condón fue mencionado por igual como uno de los tipos de prevención del VIH, solo el 14% menciona su uso regular en el último año, el resto dentro de sus principales razones para no usarlo mencionaron confiar en su pareja y ser incompatible con el condón porque tenían una pareja estable, la percepción del riesgo fue más frecuente entre las mujeres.

La falta de información adecuada en torno a las formas de transmisión, prevención y adquisición del VIH, están presente en todas las investigaciones, la educación es un factor importante para que las personas tengan el conocimiento adecuado, las actitudes negativas prevalecen en todos los estudios, las individuos encuestados en su mayoría refieren que se deben rechazar a las personas seropositivas y expulsarlas de escuelas, trabajos y lugares en donde transitan, el no uso del condón y relaciones sexuales múltiples en homosexuales y heterosexuales son comunes en todos los ámbitos, el estigma y la discriminación juega un papel muy importante para que las personas tengan actitudes positivas hacia su enfermedad.

Otro factor importante que se menciona en la literatura para la adquisición y transmisión del VIH, es la edad de inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad, hay que destacar que la OMS menciona, que la gente joven (10-24) está en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, impacto, vulnerabilidad y potencial de cambio, ya que son un grupo clave donde está el virus y hacia donde se dirige.⁷²

El miedo al rechazo aísla a los integrantes de los grupos de riesgo, les dificulta el acceso a la ayuda, a la información y los tratamientos tempranos, es así como se violan los derechos humanos, puesto que esas personas se ven privadas de su derecho a trabajar, a la atención médica, a medicinas, educación asimismo el derecho a la dignidad y respeto.⁷³ Con la educación para la prevención del VIH/SIDA se pretende promover la salud y evitar la enfermedad facilitando los conocimientos, actitudes, capacidad y medios que permitan fomentar y mantener

comportamientos que reduzcan los riesgos, mejoren la atención y disminuyan el impacto de la enfermedad.

7. Planteamiento del problema.

La crisis del SIDA sigue expandiéndose, sin que existan soluciones médicas a la vista. Consecuentemente, en los países y los organismos se reconoce el carácter central de su prevención y atenuación mediante la educación. Las acciones educacionales en diferentes contextos deben aportar el conocimiento y promover el desarrollo de actitudes y competencias que puedan limitar la expansión y el impacto de la epidemia.⁷⁴

Abordar el tema del VIH/SIDA, desde el punto de vista de la educación tiene como objetivo disminuir la propagación de la epidemia, reducir el impacto psicosocial y socioeconómico asociados a esta y asegurar el acceso al tratamiento de las personas afectadas. Esto se logra, entre otras acciones, reduciendo la falta de información y la información distorsionada que gran parte de la población tiene con respecto al VIH/SIDA, y a cómo protegerse de la epidemia en particular. Es necesario eliminar el estigma, las ideas erróneas y los tabúes que suelen existir al respecto, y contribuir a que el conocimiento que las personas adquieran sobre el VIH/SIDA sea aplicado en el día a día.⁷⁵

Debido a la importancia que cada día va adquiriendo esta enfermedad, por el número de casos nuevos cada año y la afectación que ocasiona en los diferentes ámbitos, el conocimiento y comprensión de los aspectos científicos y psicosociales, se vuelve una necesidad que compete al personal de enfermería que está en contacto directo con los pacientes que acuden a los diferentes hospitales.

El propósito de la presente investigación es identificar el nivel educativo , conocimientos y las actitudes que presentan las personas con VIH para diseñar una propuesta educativa integral para aplicarla en los servicios de la consulta externa por el profesional de enfermería con tendencia a fomentar estilos de vida saludables y reducir las prácticas de riesgo, contribuyendo con esto a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por VIH/SIDA y la adaptación de estas personas a la sociedad.

Para lograr lo anterior la enfermera juega un papel importante como educadora y consejera en el control del VIH y prevención de SIDA, al realizar promoción a la salud y protección específica, con énfasis en el auto cuidado, basado en información sobre la enfermedad, así como prácticas de auto cuidado, nutrición, higiene, medicamentos, ejercicio y llevar una vida sana que ayudarían a la persona enferma a controlar de una forma adecuada su enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto se realiza la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación de la educación con los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA de los pacientes seropositivos del Hospital General de México?

7.1. Hipótesis

- Considerando la educación como factor determinante para la adquisición de conocimientos y actitudes positivas hacia el VIH/SIDA, suponemos que las personas que tienen menos educación formal, tendrá, actitudes más negativas hacia el VIH/SIDA

7.2. Objetivo.

Evaluar la relación del nivel educativo con los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA, en pacientes seropositivos que acuden a consulta externa de Infectología en el Hospital General de México..

8. Material y Métodos

8.1 Diseño

Se realizó un estudio transversal, analítico en el servicio de Infectología del Hospital General de México. En una muestra no probabilística de 81 pacientes seropositivos, que acudieron a la consulta externa, en los meses de mayo a agosto de 2010, los criterios de inclusión fueron adultos sin importar sexo.

8.2 Variables

La educación se definió como la acción y efecto de educar, formar instruir y los conjuntos de medios que se desarrollan en los grupos y en los individuos, la instrucción o las opiniones, así como el conocimiento de las costumbres y buenos modales de la sociedad.⁷⁶ El conocimiento es conceptualizado como la acción y el efecto de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, o sea comprende el proceso de aprendizaje que existe desde el inicio de la vida como el efecto o resultado de la acción de conocer, se midieron a través de preguntas dicotómicas (falso/verdadero), sobre aspectos generales de transmisión y prevención de la enfermedad. La actitud se definió como la predisposición a responder en una forma emocional a ciertos objetos e ideas,⁷⁷ se exploraron las actitudes activo cognitivas, del cuidado de la salud y relaciones sociales así como las conductas relacionadas con bienestar físico y psicológico, se consideró actitud desfavorable cuando teniendo el conocimiento adecuado sobre el VIH/ SIDA las personas continúan teniendo

conductas de riesgo para la adquisición del virus o de enfermedades oportunistas en su caso, se consideró actitud favorable cuando llevan un cuidado de su salud y aunado a ello no tienen prácticas de riesgo (uso de condón, cuidado de su salud).

8.3 Descripción del instrumento de medición

Se elaboró una encuesta (ver anexo1) basada en instrumentos previamente validadas,⁷⁸⁻⁸⁰ se tomaron las preguntas que se consideraron convenientes para la presente investigación y acorde con los objetivos de la misma, quedando con 68 preguntas, posterior a ello se realizó la validez de contenido por expertos en VIH/SIDA, adscritos al Hospital General de México y a la Clínica Condesa.

Una vez conformado el instrumento se llevó a cabo un estudio piloto en pacientes con diagnóstico de VIH que acudieron a la consulta externa en la clínica de especialidades condesa se aplicaron 30 cuestionarios para comprobar la confiabilidad del instrumento en el mes de abril, tomando en cuenta el tiempo de llenado y las observaciones realizadas por las personas que contestaron el cuestionario se eliminaron 26 preguntas, quedando el cuestionario con 42 ítems. Se obtuvo una confiabilidad por Kuder Richardson 21 de 0.725 y un alpha de Cronbach de .734, el instrumento de recolección de datos quedo con los siguientes apartados.

Primer apartado: datos socio demográficos.

Establece un perfil contextual del sujeto. Recoge datos socio-demográficos: edad, sexo, nacionalidad, religión, escolaridad, ocupación, estado civil, tiempo de diagnóstico.

Segundo apartado: conocimientos.

Contiene tres dimensiones con 7 ítems por cada dimensión, con respuesta dicotómica, falsa y verdadera, se le dio una puntuación conforme a percentiles de 1 a 4 muy deficientes, 5 a 8 deficientes, 9 a 12 suficientes, 13 a 16 altos y 17 a 21 conocimientos excelente.

- Interroga sobre conocimientos generales de la Enfermedad (1,2,3,4,5,6,7)
- Mecanismos de transmisión, (8,9,10,11,12,13,14)
- Prevención (15,16,17,18,19,20,21)

Tercer apartado: actitudes

Escala tipo Liker con 5 opciones de respuestas, con tres dimensiones y siete ítems en la dimensión activo cognitivo, en la dimensión de conductas relacionadas con bienestar físico y psicológico 9 ítems, y en la dimensión del cuidado de la salud y relaciones sociales 5 ítems, para el análisis estadístico se dicotomizó y se calificó como actitudes favorables y desfavorables. Tomando como favorables casi siempre y siempre y desfavorables nunca, casi nunca y ni nunca ni siempre, se dio una puntuación conforme a percentiles en donde de de 1 a 4 respuestas favorables se calificó como riesgo severo, de 5 a 8 riesgo alto, de 9 a 12 riesgo moderado, de 13 a 16 riesgo bajo y de 17 a 21 respuestas favorables sin riesgo.

- Activo cognitivo. (24,25,27,28,36,37,38)
- Actitudes del cuidado de la salud y relaciones sociales. (22,23,26,35, 39)
- Conductas relacionadas con bienestar físico y psicológico, (29,30,31,32,33,34,40,41,42)

Se aplicaron 96 cuestionarios y se analizaron 81, se desecharon 15 de los cuales 7 estaban incompletos y 8 dijeron no poder contestar porque tenían muy poco tiempo de haber sido diagnosticados como personas seropositivas y aun no habían pasado por muchas situaciones que se preguntaban en el estudio, sobre todo lo que tenía que ver con las actitudes.

8.4 Cuadro de Variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores esperados
Edad.	Tiempo de vida desde el nacimiento al momento de la entrevista, reportado por el paciente.	Cuantitativa continua.	El que aparece.
Sexo.	Características fenotípicas de las personas.	Cualitativa Nominal.	Femenino. Masculino.
Escolaridad.	Nivel de estudios que presenta la población estudiada .	Cualitativa, Ordinal.	Licenciatura Bachillerato Nivel básico Sin estudios
Estado civil.	Condición legal de vivir con una pareja.	Cualitativa, Nominal.	Soltero. Casado. Viudo, Divorciado.
Tiempo de diagnóstico	Tiempo que ha transcurrido desde que le dieron el diagnóstico de seropositivo.	Cuantitativa, continua	El que aparece
Ocupación	Acción o función que desempeñan las personas en alguna empresa o lugar donde trabajen.	Cualitativa, nominal	Empleado Desempleado
Educación	Cursos académicos aprobados en una institución formal.	Cualitativa ordinal	Profesionista Bachillerato Nivel básico Sin estudios
Conocimientos	Grado de información que poseen las personas sobre el VIH/SIDA	Cualitativa nominal	Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Generalidades sobre VIH/SIDA (1,2,3,4,5,6,7) ✓ Transmisión (8,9,10,11,12,13,14) ✓ Prevención (15,16,17,18,19,20,21) ✓ Falso ✓ Verdadero 1-4 Muy deficientes 5-8 Deficientes 9-12 Suficientes 13-16 Altos 17-21 Excelentes

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores esperados
Actitudes	La forma en que actúan y las conductas que tienen hacia el VIH/SIDA	Cualitativa nominal	<p>Dimensiones</p> <p>Activo cognitiva 24,25,27,28,36,37,38</p> <p>Del cuidado de la salud y relaciones sociales. 22,23,26,35,39.</p> <p>Relacionadas con bienestar físico y psicológico, 29,30,31,32,33,34,40,41,42</p> <p>Se utilizó escala tipo liker. Y posteriormente se dicotomizó.</p> <p>✓ Favorable ✓ Desfavorable</p> <p>1- 4 Riesgo severo 5-8 Riesgo bajo 9-12 Riesgo moderado 1-16 Riesgo bajo 17-21 Sin riesgo</p>

9. Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación nos adherimos a los principios de la “Declaración de Helsinki” de la asociación médica mundial principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Y a los principios de La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos Capítulo I Disposiciones Comunes. Artículo 13, 14, 16, 17.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17, No obstante, solicitamos el consentimiento informado a cada uno de los participantes.⁸¹ (Anexo 2)

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes) de la población de estudio y un cálculo de prueba t de Student y Anova, se utilizó el programa estadístico SPSS V 17.0.

10. Resultados

Dentro de las características socio demográficas de la muestra se observa que las personas evaluadas (81), se encuentran con una edad entre los 21 y 54 años, con un promedio de 33 años \pm 7, el grupo de 21 a 32 años conforma el 58 % de la población, (47/81), el grupo de 33 a 38 años conforman el 24 % de la población y el menor grupo lo conforma la gente con una edad comprendida entre los 39 a 54 años de edad. Asimismo, el 25 % (20/81) eran mujeres y el 75% (61/81) hombres, en cuanto al nivel educativo que presentaron, El 23% (19/81), refirió no tener estudios, El 35% (28/81) tuvieron un nivel educativo básico, tomando como nivel básico personas con primaria y secundaria, mientras que el 42% (34/81) presentaron un nivel educativo de bachillerato y más. El 73% (59/81) cuentan con un empleo estable, el 27% (22/81) está desempleado, el estado civil en su mayoría son solteros con el 75%, (61/81), el 25 % (20/81) estaban casados. En cuanto al tiempo de diagnóstico el 60% (49/81), tiene un año de haber sido diagnosticado, encontrándose en este grupo, personas que tienen desde un día de haber sido diagnosticados, el 20 % entre uno y tres años, y el 20 % lo conforman el grupo de entre tres a trece años dos meses. (Cuadro 10.1)

Cuadro 10.1 características socios demográficas de la población.

Variable	Frecuencia	%
Edad		
21-28	23	28
29-32	24	30
33-38	19	24
39-54	15	18
Sexo		
Hombre	61	75
Mujer	20	25
Escolaridad		
Sin estudios	19	23
Nivel básico	28	35
Bachillerato y +	34	42
Ocupación		
Empleado	59	72.8
Desempleado	22	27.2
Estado civil		
Soltero	61	75.3
Casado	20	24.7
Tiempo de diagnóstico		
0.01 – 13.02 ± 2.9		
0.01 – 1.00	49	60
1.01 – 3.00	16	20
3.01 y más	16	20

En cuanto al conocimiento sobre generalidades de VIH, se puede observar un alto conocimiento en casi todas las áreas, sin embargo, el 56.8 % de las personas encuestadas no perciben el peligro que conlleva la enfermedad pues no saben que aun siendo positivos se pueden volver a reinfectar con otro tipo de retrovirus o en su defecto de alguna patología asociada al VIH, un punto importante es que siendo personas portadoras de VIH a las que se les aplicó la encuesta el 56.8% no diferencian entre lo que es ser portador de VIH y un enfermo de SIDA, asimismo el 31% no identifica que aunque la persona seropositiva no tenga SIDA puede transmitir el VIH. (Cuadro 10.2)

Para las formas de transmisión la población identificó adecuadamente como se transmite el VIH, aun así un alto porcentaje 42% y 30% respectivamente tiene la idea errónea que por picaduras de mosquito y el exponerse a una persona seropositiva que tosa o estornude puede transmitirse el VIH, asimismo el 58% (47/81) de los individuos refirió que al donar sangre se puede desarrollar SIDA, siendo lo correcto que solamente se puede desarrollar SIDA por recibir transfusiones no por donar. (Cuadro 10.3)

La población en general identificó adecuadamente generalidades sobre el VIH, conoce las formas de transmisión sin embargo es escaso el conocimiento que presentan en cuanto a la prevención de enfermedades oportunistas, siendo la prevención la parte más importante de la promoción a la salud y protección específica pues es la herramienta fundamental que deben tener para gozar de una calidad de vida digna, aunque hay un conocimiento medio de la enfermedad en general, encontramos que el 73% (59/81) no reconoce la alimentación como

forma de prevención, de igual forma el 56.6% no identifica las vacunas como una forma eficaz de mantenerse sin aparición de enfermedades asociadas al VIH, por otro lado el 72.8% no asocio los cambios de temperatura y el comer carne bien cocida con la aparición de enfermedades oportunistas , y el 54% no identificó el control veterinario importante para la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (Cuadro 10.4)

Cuadro 10.2 Conocimientos sobre generalidades del VIH.

Conocimientos generales de VIH (n=81)	Correctos Frecuencia / (%)	Incorrectos Frecuencia / (%)
Como se llama el virus que produce el SIDA.	70 (86)	11(14)
El VIH es una enfermedad (hereditaria, transmisión sexual, propia de la adolescencia)	72 (89)	9 (11)
Que personas se pueden enfermar por VIH.	51 (63)	30 (37)
Fluidos por los que se transmite el VIH.	73 (90)	8 (10)
Toda persona portadora de VIH puede transmitirlo aunque no tenga sida.	50 (62)	31(38)
Una persona portadora de VIH se puede reinfectar.	35 (43)	46(57)
Un portador de VIH es igual a ser un enfermo de SIDA	35 (43)	46 (57)

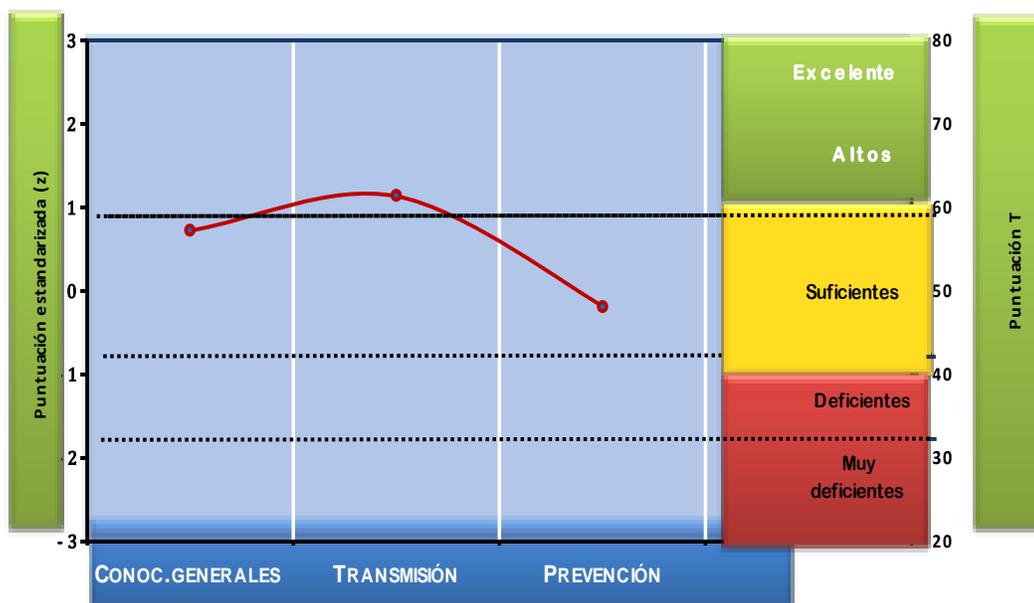
Cuadro 10.3 Conocimientos sobre transmisión del VIH.

Conocimientos sobre transmisión de VIH (n=81)	Correctos Frecuencia / (%)	Incorrectos Frecuencia / (%)
Una persona puede desarrollar el virus del VIH		
Al tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	68 (84)	13 (16)
Al tener relaciones sexuales sin usar condón.	67 (83)	14 (17)
Al recibir transfusiones de sangre contaminada.	65 (80)	16 (20)
Al inyectarse drogas y compartir jeringas contaminadas con personas portadoras de VIH.	74 (91)	7 (9)
Al donar sangre	34 (42)	47 (58)
Por picaduras de mosquito	47 (58)	34 (42)
Por la exposición o contacto con una persona seropositiva que tose o estornuda	57 (70)	24 (30)

Cuadro 10.4 Conocimientos sobre prevención del VIH

Conocimientos sobre prevención de VIH (n=81)	Correctos Frecuencia / (%)	Incorrectos Frecuencia/ (%)
Para disminuir el riesgo de desarrollar SIDA es útil:		
Llevar una dieta personalizada.	22 (27)	59 (73)
Tener sexo protegido.	69 (85)	12 (15)
Aplicarse las vacunas indicadas.	36 (44)	45 (56)
Evitar cambios bruscos de temperatura.	22 (27)	59 (73)
Comer carne bien cocida.	22 (27)	59 (73)
Suspender medicamentos antirretrovirales.	62 (76)	19 (24)
Tener control veterinario estricto de animales domésticos (perros, gatos, aves, etc.).	27(33)	54 (67)

Se puede observar que el conocimiento que presentaron los individuos por dimensión, es alto en las áreas de conocimientos generales y en las formas de transmisión, sin embargo aunque estadísticamente muestran suficientes conocimientos en prevención, se puede ver claramente que este se encuentra alrededor del 50% lo cual para la prevención del VIH, no es suficiente. (Figura 10.1).



Algoritmo para encontrar el Perfil Epidemiológico Poblacional Estandarizado:
$$Z = \frac{\bar{x} - \mu}{\sigma}$$

Algoritmo para encontrar el Perfil Epidemiológico Poblacional de Puntuaciones T:
$$T = 10Z + 50$$

Figura 10.1 Nivel de conocimientos que presentaron los individuos por dimensión.

Por otro lado tenemos las actitudes que presentaron los pacientes seropositivos en torno a su enfermedad, se puede apreciar un alto porcentaje 60% y 68% de actitudes negativas en cuanto al uso del condón, y relaciones protegidas respectivamente, así mismo en cuanto a informar a sus parejas sexuales sobre su seropositividad el 76% de la población no lo realiza, el 51 % consume alcohol y drogas siendo estos factores de riesgo altos para la adquisición de enfermedades oportunistas y transmisión de VIH. Aunque en el área de conocimientos la población demostró tener un alto nivel de conocimientos en cuanto a generalidades y formas de transmisión del VIH, en las actitudes que tienen en torno a esta enfermedad se puede observar que el conocimiento no es suficiente para tener conductas adecuadas pues a pesar de tenerlo actúan de forma desfavorable hacia el mismo. (Cuadro 10.5)

En cuanto a las actitudes del cuidado de la salud, el 67 % y el 63% de la muestra refiere no importarle el que pueda reinfectarse o transmitir el VIH a otras personas, aun así acepta el 78% y el 69% el que se les diera platicas en sus citas médicas y participar en un grupo de autoayuda para pacientes de VIH, sin embargo el 75 % de la población no realiza ningún tipo de ejercicio desde que se saben seropositivos.

Como se puede observar no tienen un adecuado cuidado de su salud ni de las relaciones sociales, sin embargo muestran una gran disponibilidad para recibir información relacionada con el VIH y esto a futuro sería para beneficio propio y de las personas que se encuentran en su entorno y con las que tienen relaciones sexuales. (Cuadro 10.6)

Cuadro 10.5 Actitudes activo cognitivas

Actitudes hacia el VIH (n=81)	Favorables Frecuencia/ (%)	Desfavorables Frecuencia/ (%)
Informo mi condición de portador de VIH, a las personas con las que tengo contacto sexual.	19 (24)	62 (76)
La responsabilidad de no infectarse del VIH debe ser de la gente VIH negativa.	51(63)	30(37)
Donaría sangre, semen, óvulos u órganos aun sabiendo que tengo el VIH.	56 (69)	25(31)
Desde que soy portador de VIH utilizó condón en todas mis relaciones sexuales.	32 (40)	49(60)
La responsabilidad de no contraer el VIH es responsabilidad de la gente VIH positiva.	58 (72)	23(28)
Desde que vivo con VIH, evito el consumo de alcohol y drogas.	40(49)	41 (51)
Desde que vivo con VIH tengo relaciones sexuales protegidas.	26 (32)	55 (68)

Cuadro No. 10.6 Actitudes del cuidado de la salud.

Actitudes hacia el VIH (n=81)	Favorables Frecuencia / (%)	Desfavorables Frecuencia / (%)
Me preocupa el riesgo de reinfectarme de VIH.	26 (32)	55 (68)
Me preocupa el riesgo de infectar a otra persona de VIH.	30 (37)	51 (63)
Sería útil que las pláticas acerca de cómo no transmitir el VIH a los demás fueran una parte regular de mi atención médica.	63 (78)	18 (22)
Me gustaría participar en un grupo de autoayuda para pacientes con VIH.	56 (69)	25 (31)
Desde que vivo con VIH, realizo ejercicio físico dosificado.	20 (25)	61 (75)

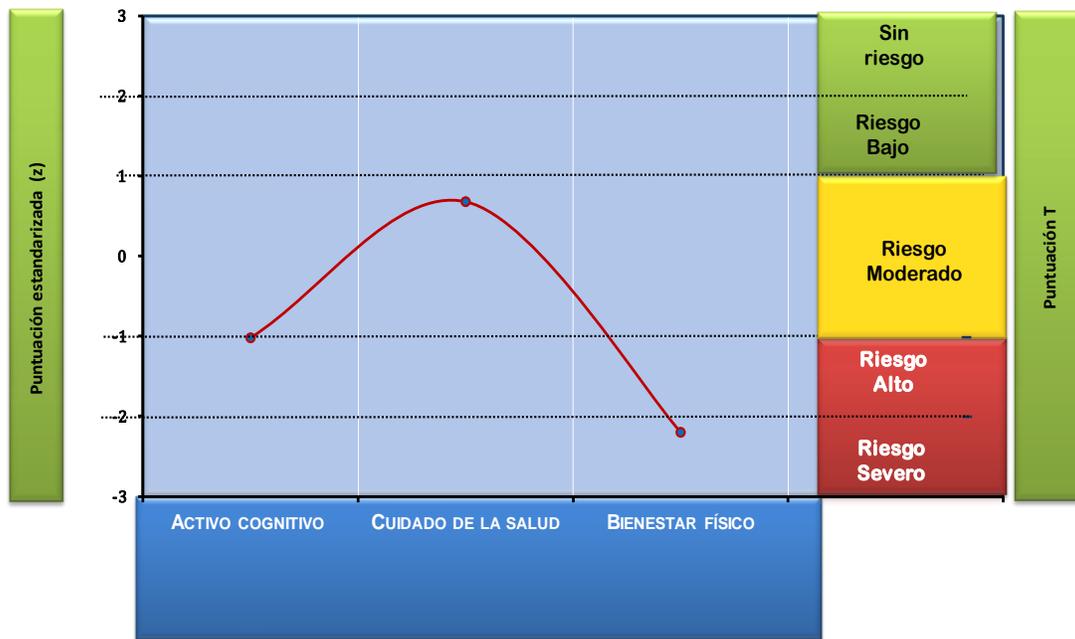
Para las actitudes relacionadas con el bienestar físico y psicológico, tenemos que existe miedo al rechazo en el 69 % de las personas, así como sensación de soledad en el 73 % y 74. %, de la población sienten vergüenza por saberse seropositivos, asimismo el 67% intenta reducir la tensión comiendo más de lo habitual mientras que el 83 % intenta que las demás personas no sepan cómo se sienten.

Como podemos observar las actitudes son de miedo, rechazo, soledad, depresión, que bien pudieran ser el resultado de una información deficiente en torno a su padecimiento y los estigmas existentes a nivel mundial. A pesar de estas actitudes desfavorables, también existen individuos dentro de esta muestra que saben que a pesar de su enfermedad son personas que merecen tanto respeto como cualquier otra 15% y que continúan luchando por lo que desean 24 %, asimismo el 31 % refieren que han intentado no preocuparse ni perder la calma, pero son la minoría. (Cuadro 10.7)

Cuadro No. 10.7 Actitudes relacionadas con el bienestar físico y psicológico

Actitudes hacia el VIH (n=81)	Favorables Frecuencia / (%)	Desfavorables Frecuencia / (%)
No hablo con nadie de mi enfermedad por miedo al rechazo.	25 (31)	56 (69)
Me da vergüenza tener VIH.	21 (26)	60(74)
He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba.	62 (76.5)	19 (24)
He intentado reducir la tensión comiendo más de lo habitual.	27 (33)	54 (67)
Aunque tengo VIH, soy una persona que merece tanto respeto como cualquier otra.	69 (85)	12 (15)
He tenido sensación de soledad desde que me dieron el diagnóstico de VIH.	22 (27)	59(73)
He pensado mucho más sobre lo que era realmente importante en mi vida	62 (76)	19 (24)
He intentado no preocuparme ni perder la calma	56 (69.1)	25 (31)
He tratado que los demás no sepan cómo me siento	14 (17)	67 (83)

Las actitudes en general muestran un riesgo de moderado a severo, para la adquisición y transmisión de VIH y enfermedades oportunistas, pues aunque saben lo que es el VIH y las formas de transmisión las personas que saben acerca de su enfermedad siguen teniendo actitudes desfavorables como el no uso de condón, el no informar a sus parejas sexuales que son seropositivo, el no llevar una dieta adecuada, etc. (Figura 10.2)



Algoritmo para encontrar el Perfil Epidemiológico Poblacional Estandarizado: $Z = \frac{\bar{x} - \mu}{\sigma}$

Algoritmo para encontrar el Perfil Epidemiológico Poblacional de Puntuaciones T: $T = 10Z + 50$

Figura 10.2 Nivel de riesgo que presento la población de estudio para adquirir una enfermedad asociada al VIH, por actitudes desfavorables.

Al comparar las medias del conocimiento que tiene la población conforme a su nivel académico se puede observar que las personas sin estudios obtuvieron una media de conocimientos de 10.79 ± 2.46 , mientras que el nivel básico (primaria y secundaria) obtuvieron una mayor puntuación en conocimiento correcto con una media de 12.21 ± 3.31 , el nivel de bachillerato y más obtuvieron un conocimiento estadísticamente más alto (15.14 ± 3.03 , $p < 0.05$) (Figura 10.3).

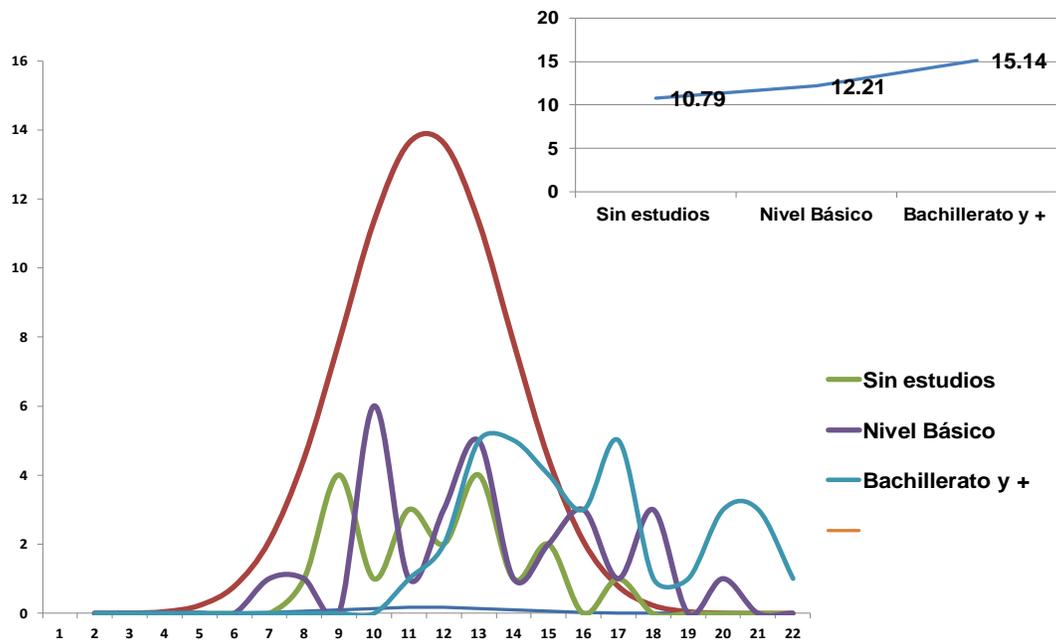


Figura 10.3 comparación de la media de conocimiento que tiene la población conforme al nivel académico.

En el análisis comparativo las personas de mayor edad demostraron tener más conocimientos correctos acerca del VIH/SIDA (14.55 ± 3.60 vs. 11.97 ± 2.9 ; $p < 0.001$), de igual forma los hombres presentaron conocimientos significativamente más altos que las mujeres (13.59 ± 3.36 vs. 11.5 ± 3.33 ; $p = 0.018$). En cuanto a la ocupación no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.923$). Por otro lado tenemos el estado civil el cual se encuentra limítrofe para significancia estadística con ($p = 0.05$), otro factor determinante es el tiempo de diagnóstico (más de un año, 15.34 ± 3.27 vs. menos de un año, 11.57 ± 2.71 ; $p < 0.0001$) (Cuadro 10.8).

Cuadro 10.8 factores relacionados con el conocimiento del VIH/SIDA

	Conocimientos	Valor de p
Edad		
21-32	11.97±2.94	0.001
33-54	14.55±3.60	
Estado civil		
Soltero	13.49±3.32	0.050
Casado	11.75±3.61	
Condición biológica		
Hombre	13.59±3.36	0.018
Mujer	11.45±3.33	
Ocupación		
Empleado		0.923
Desempleado	13.08±3.13 13.00±4.29	
Tiempo de Diagnóstico		
0.01-1	11.57±2.71	0.001
1.01 - 13	15.34±3.27	

Prueba t de student p<0.05

En cuanto a las actitudes se puede observar que a mayor edad, muestran mejor actitud, no importando el género, asimismo el tiempo de diagnóstico es estadísticamente significativo para actitudes favorables, pues a menor tiempo de diagnóstico, actitudes más desfavorables presenta la población de estudio. (Cuadro 10.9)

Al comparar el nivel de conocimientos con actitudes y conocimientos vs, nivel educativo, se puede apreciar que la educación formal es determinante del conocimiento correcto ya que a mayor educación el nivel de conocimientos fue más alto, sin embargo las actitudes, sin embargo se puede apreciar en todos los niveles educativos actitudes desfavorables para la adquisición de enfermedades asociadas al VIH. (Cuadro 10.10)

Cuadro 10.9 factores relacionados con las actitudes hacia el VIH/SIDA

	Actitudes Promedio/DE	Valor de p
Edad		
21-32	8.93 ± 3.49	>0.001
33-54	12.21 ± 4.17	
Ocupación		
Empleado	10.20±3.88	0.708
Desempleado	10.59±4.73	
Estado civil		
Soltero	10.80±4.11	0.058
Casado	8.80±3,76	
Condición biológica		
Hombre	8.60±3.51	0.022
Mujer	10.86±4.15	
Tiempo de Diagnóstico		
0.01-1	8.79 ± 2.98	>0.001
1.01 -13	12.62 ± 4.52	

T de student.

Cuadro No. 10.10 Nivel de conocimientos y actitudes de acuerdo a nivel educativo

Total (n =81)	Sin educación (n = 19)	Nivel básico (n =28)	Bachillerato y + (n = 34)
Actitudes desfavorables	13.10 ± 2.80 *	10.96± 3.33	9.11 ± 4.63*
Actitudes favorables	7.89± 2.80**	10.03± 3.33	11.88 ± 4.63**
Conocimiento correcto	10.79 ± 2.46+	12.21± 3.31	15.03 ± 3.03+
Conocimiento incorrecto	10.21 ± 2.46++	8.78 ± 3.31	5.97 ± 3.03++

Los datos son, promedio, ± desviación estándar. ANOVA con prueba de Tuckey como posthoc.
 *Actitudes desfavorables p < 0.001 **, Nivel educativo Bachillerato y profesional, vs sin estudios, actitudes favorables, p < 0.001, Nivel educativo, bachillerato y +, vs sin estudios, Conocimientos correctos, p < 0.001, nivel educativo sin estudios vs. Bachillerato y profesional, conocimientos incorrectos p < 0.001, nivel básico vs bachillerato y profesional p < 0.000, Conocimientos incorrectos nivel educativo de bachillerato vs sin estudios.

11. Discusión

El VIH/SIDA afecta de forma significativa a los adolescentes, principalmente por el riesgo que implica el tener relaciones sexuales a muy temprana edad, tal como lo mencionan señalan Lema LA,⁶⁵ 2008 y Machi ML⁶² en 2006, lo cual queda demostrado por el incremento de los casos de VIH/SIDA en dicho grupo etario, debido a las conductas de riesgo emitidas con relación al inicio de las relaciones sexuales en los adolescente que es entre los 14 y 17 años y la exposición a otros factores psicosociales, concretamente factores como los conocimientos incorrectos, ideas erróneas, las actitudes, etc. no obstante en este estudio se hace referencia a factores diferentes de los mencionados, pues no tuvimos población adolescente aunque es un dato importante para tomar en cuenta y poder implementar estrategias en torno a los jóvenes que se presenten en consulta externa, pues aunque el Hospital General de México es una institución de tercer nivel de atención, la educación para la salud y protección específica de enfermedades se puede dar en cualquier nivel de atención.

Como se puede observar en los resultados obtenidos, la hipótesis de trabajo se cumple, ya que se encontró diferencia significativa en estas dos variables, ($p < 0.05$), en cuanto al nivel educativo, el 58.03 % de la población estudiada tiene un nivel educativo bajo siendo el 23.% sin estudios y el 35 % con nivel educativo de primaria y secundaria, estas personas tuvieron una media de conocimiento en torno al VIH de 10.79 y 12.21 respectivamente, por otro lado el conocimiento que obtuvieron las personas con bachillerato y más fue de 15.14 ± 3.03 , con lo que se demuestra que la educación formal es un determinante de salud importante pues

por medio de la misma se adquiere la información necesaria para tener el conocimiento adecuado de lo que es el VIH, lo cual es congruente con lo observado en otras investigaciones. Al respecto, Peltzer⁵⁴ en 2004 y Uribe⁵⁵ en 2009, encontraron actitudes desfavorables hacia las personas con las que se interrelacionaban como es el no uso de condón, relaciones sexuales con múltiples parejas, igual que en la presente investigación. Así mismo, Lemus⁵⁶ en 2008, encontró que había un nivel socio económico bajo, debido al desempleo y bajo nivel de escolaridad, por consiguiente hubo un nivel de conocimientos bajo, pues el nivel escolar no excedía los 4 años, aunque en la presente investigación el 58.03% de las personas tienen un nivel educativo de secundaria y menos el 72.8% cuenta con un empleo fijo, sin embargo el nivel de conocimientos también fue bajo en las personas con menor nivel educativo.

Aunque en la presente investigación solamente se identificaron las ideas erróneas de transmisión de VIH por picaduras de mosquitos y por estar en contacto con personas seropositivas que tosen o estornudan, en la revisión de la literatura se pudieron identificar otras, como son que las personas seropositivas son reconocidas por su apariencia, usar baños públicos, utilizar piscinas públicas, etc., esto fue reportado por Tavoosi⁵⁷ en 2004, en el mismo estudio los hombres y las mujeres presentaron actitudes desfavorables ya que refirieron que no se debe permitir la entrada a la escuela a personas con VIH, refirieron no sentarse cerca de una persona seropositiva, que no darían la mano a personas con VIH si sabían de su enfermedad.

La hipótesis establecía que las actitudes que presentaría serían desfavorables, por conocimiento inadecuado o insuficiente, en la investigación se encuentran diferencias significativas en los conocimientos correctos en función de la edad, sexo, escolaridad, ocupación y no significativas en el estado civil, los resultados nos indican que el nivel bachillerato y más, tienen un conocimiento más adecuado acerca del VIH/SIDA, que el nivel sin escolaridad o nivel básico,

La presente investigación revela que existe un nivel de conocimiento medio en cuanto a generalidades de VIH y las formas de transmisión, en todos los niveles educativos no así en la prevención que como se menciona anteriormente es el arma fundamental para prevenir infecciones oportunistas y reinfecciones, de manera general existen ideas equivocadas sobre las formas de transmisión del VIH, estos resultados son respaldados por los estudios realizados por Peltzer⁵⁴ en 2004, Uribe⁵⁵ en 2009, y Catadora⁶³ en 2007, en donde aunque las personas tuvieron un nivel educativo adecuado las actitudes que presentaron fueron desfavorables.

De esta manera, por medio de los resultados de la presente investigación se pudo identificar, en primer lugar, que se siguen encontrando conocimientos erróneos frente al VIH /SIDA, y preocupa el hecho de que las personas de mayor escolaridad no tengan claros conceptos relacionados con el uso del condón, el VIH/SIDA, su evolución, prevención y formas de transmisión, sin embargo Anwar M.⁶⁰ en 2005, reportó en una investigación realizada en personas con nivel educativo básico, desconocimiento de las formas de transmisión y prevención, por lo que asocio el desconocimiento del VIH a la falta de educación, aunado al

desconocimiento encontró actitudes desfavorables hacia las personas seropositivas como no querer tener amistad con ellos, no permitir que transitaran por su misma calle, no comer con ellos etc.

Sin embargo estuvieron presentes actitudes de riesgo para la adquisición el VIH como son el tener múltiples parejas, ocasionales y tener relaciones sexuales sin el uso del condón, igual que en la presente investigación en donde el resultado nos indica que la población de estudio no usa condón en todas sus relaciones sexuales, aunado a ello no informa de su condición de seropositivo a las parejas sexuales con las que tiene contacto sexual, Macchi⁶² en 2006, encontró resultados opuestos a los presentes pues en un grupo de estudiantes con un buen nivel educativo, presentaron nivel de conocimientos bajo e inconsistente acerca del VIH/SIDA, no reconocían el condón como efectivo para protegerse de enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado Uribe⁵⁵ en 2009, Moreno⁶⁴ en 2007 y Lema⁶⁵ en 2008, identificaron en sus estudios que las personas encuestadas tenían una educación formal deficiente, sin embargo por educación informal tenían un conocimiento adecuado en relación al VIH, pero sus actitudes fueron desfavorables, como múltiples parejas sexuales el no uso del condón, parejas eventuales, en estas investigaciones la mayoría de personas encuestadas, había adquirido el VIH por vía sexual. Esto sugiere, que la escolaridad tiene un efecto predominante sobre las actitudes independientemente del conocimiento. A diferencia de estos estudios en esta investigación, la educación formal si fue factor determinante del conocimiento, no así para las actitudes pues aunque las personas con un nivel

educativo de bachillerato y más tuvieron un adecuado nivel de conocimientos sus actitudes no fueron del todo favorables.

La relevancia de este estudio radica en que a mayor conocimiento sobre VIH/SIDA, mayor disposición para la prevención frente al mismo, de igual forma diferentes investigaciones establecen la influencia que tiene el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH. pero se encontraron diferencias significativas en función de la edad, el sexo, el nivel educativo, las ideas erróneas que más frecuentemente presentaron fue que el VIH se transmite por piquetes de mosquito, o por exponerse al contacto con una persona seropositiva que tose o estornuda, en la literatura se encuentran artículos que respaldan esta hipótesis como el realizado por Lliyasu⁵⁹ en 2006, en el cual aunque el nivel educativo fue bueno se encontraron ideas erróneas en torno al VIH como que este se transmite por picaduras de mosquitos, por usar el mismo WC. , etc.

En lo relacionado a los antirretrovirales en el presente estudio la población identificó correctamente la importancia de no suspender los antirretrovirales como medida para prevenir enfermedades oportunistas y la progresión a una enfermedad asociada a VIH, en la literatura mencionan la educación como un factor determinante de la adherencia a los medicamentos, Katherine R.⁶⁷ en 2007, asoció la deficiente educación formal aunada al estigma como factor para que las personas no se tomaran su medicamento si cuando era la hora de tomar la dosis se encontraban otras personas por miedo al rechazo, o vergüenza por ser seropositivos.

La actitud que presentó la población de estudio como es el no uso de condón, es respaldada por Wee S.⁶¹ en 2004, ya que de las trabajadoras del sexo y sus clientes masculinos, como grupos de riesgo para contraer el VIH el 72.6% de la población afirmó haber utilizado el condón en las últimas visitas con profesionales del sexo, sin embargo el 12.2% refirió no haber usado nunca un condón. Por otro lado, Guiella G.⁶⁹ en 2007, identificó como factores asociados al no uso el condón, la falta de educación formal, creencias de que el preservativo indica desconfianza en su pareja, aunque mencionan que es fácil conseguir condones, por otro lado se niegan a ser amigos de personas infectadas por el VIH.

En el presente estudio aunque la población refirió su preocupación por contagiar a sus parejas sexuales no siempre utilizan el condón ni tampoco informan sobre su seropositividad a sus parejas sexuales.

En cuanto al nivel de conocimientos, algunas investigaciones indican que el nivel de conocimientos es bajo y por ello las actitudes hacia el VIH son negativas, en el presente estudio el conocimiento estadísticamente fue bueno pero este se encuentra alrededor del 50% de conocimiento correcto, lo que nos indica que para el cuidado de la salud no es suficiente, igualmente las actitudes muestran un riesgo moderado y severo para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, así como reinfecciones por VIH, y un alto riesgo de infectar a sus parejas sexuales al no utilizar condón en todas sus relaciones sexuales, así como también por no informar a sus compañeros sexuales sobre su seropositividad.

Finalmente, y en relación con la autoeficacia se identifica que a medida que aumenta la edad se es más auto eficaz en cuanto a las actitudes, sin embargo en la etapa de la adolescencia es donde enfermería debe hacerse presente en la promoción a la salud sobre VIH/SIDA, para enseñarle a la población las habilidades que fomenten la autoeficacia, en todas las etapas de la vida, por medio de la educación, ya que aunque la población con mayor estudio mostró una actitud más favorable esta no es suficiente para ser autoeficaz en cuanto a la prevención de VIH/SIDA, pues las personas no demuestran en las actitudes que presentan el conocimiento real, ya que existen muchos estigmas en torno a la enfermedad, por lo que al identificar las actitudes de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA enfermería debe buscar estrategias para que los individuos tengan los conocimientos correctos en torno a su enfermedad, por medio de la educación para la salud y protección específica de enfermedades oportunistas y de esta manera puedan prevenir la infección por VIH o la aparición de enfermedades oportunistas, el personal de salud debe dar las herramientas necesarias a la población, para ayudarlo en el desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación que permitan a las personas el transformar la información en conductas o acciones de prevención favorables.

12. Conclusiones

Con base en los resultados y en la revisión de la literatura se puede concluir que las principales conductas de riesgo presentadas en las personas seropositivas están relacionadas con el entorno en el que se desarrollan, pues el miedo al rechazo, el no uso de condón, el no informar a sus parejas sexuales sobre sus seropositividad, creencias erróneas en cuanto a la transmisión del VIH/SIDA, son ejemplos muy claros de que las personas copian de la sociedad aquellas que creen más conveniente y las toman como algo muy personal, para defensa de su persona y que la sociedad no las rechace por ser seropositivos.

Se observa que manifiestan escasa claridad de su papel como actores sociales en el control de la epidemia, y a pesar de tener un conocimiento sobre el VIH, podemos notar que hubo conocimientos erróneos en torno al VIH, en todos los niveles educativos, y que la mayoría de personas seropositivas, no logran un empoderamiento claro en su cuidado personal, se puede afirmar que las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA de los individuos que viven con el virus, se configuran como una respuesta ante el estigma asignado por su grupo social y las prácticas de discriminación que le acompañan, lo anterior tiene implicaciones fundamentales en los procesos de aceptación de su condición de salud y en la forma como la viven cotidianamente en este sentido la comprensión del estigma como proceso social y su influencia en las personas con VIH, se convierten en elementos necesarios en la atención integral del paciente con VIH, este elemento debe ser particularmente importante para la generación de iniciativas de apoyo que ubiquen a las personas más allá de la realidad biológica

de deterioro y muerte, fortaleciendo la construcción de significado del VIH, que promuevan la aceptación, el empoderamiento individual y la participación social.

Frente al proceso de construcción de las representaciones es importante señalar la influencia determinante del sistema escolar como escenario en el cual se general los primeros y más significativos aprendizajes, basado principalmente en la transmisión de conocimiento científico en torno al virus y a la enfermedad, aunque la escuela es un lugar importante para la formación de conocimientos es importante señalar que en ella dejan de lado la generación de saberes en torno al cuidado y la protección ante el VIH, dichos saberes se consolidan en el seno de escenario informales y de interacción social de pares y se nutren de estereotipos y significados culturales antes mencionados.

Es relevante mencionar que los conocimientos que tuvo la población en la revisión de la literatura, fueron en la escuela, por medios informales como internet, periódicos, por sus parejas sexuales etc., sin embargo el conocimiento por medio de un profesional de salud no fue mencionado en ninguna investigación, este hecho puede ser indicativo de dificultades en el acceso a la atención médica así como limitaciones en el impacto y cobertura de las iniciativas de prevención de VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva a nivel nacional y distrital como lo menciona la estrategia 2 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA). El personal de enfermería por medio de la promoción a la salud puede dar alcance a esta estrategia por medio de la consejería personalizada a las personas seropositivas que acudan a consulta externa del servicio de Infectología, al

integrar dentro de la consejería acciones de promoción a la salud, prevención y control de enfermedades, asimismo se deben fortalecer los programas y acciones dirigidos a promover una cultura del auto-cuidado de la salud, el impulso a los estilos de vida saludables y la corresponsabilidad de los miembros de la familia en la salud de cada uno de sus integrantes, además se debe promover la salud sexual y reproductiva responsable y fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causada por el abuso en el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y médicas no prescritas.

13. Perspectivas

- Al ser el Hospital General de México, de referencia nacional para pacientes con VIH/SIDA, se hace necesaria la presencia de enfermería en el área de consulta externa, para desarrollar estrategias que apunten a las necesidades de la población que asiste a consulta externa, teniendo en cuenta, como se observó en la presente investigación, las diferencias por edad, sexo y escolaridad y que esto pueda contribuir a generar niveles altos en sus conocimientos y un cambio de comportamientos, que nos lleve a disminuir la morbi mortalidad por VIH/SIDA, por medio de la consejería en VIH/SIDA, para brindar una mejor educación al paciente con VIH y de esta manera ayudar a las personas seropositivas a identificar aquellos comportamientos que lo ponen en riesgo de exposición al VIH/SIDA, y de esta manera, referirlos a centros de asistencia médica o de apoyo social dentro de su comunidad, y enseñarle técnicas de autocuidado. La meta máxima de la consejería debe ser la de ayudar al individuo a entender mejor su enfermedad, de forma que pueda tomar las decisiones más adecuadas en relación con la misma y con ello pueda tener una mejor Autoeficacia.
- Asimismo abrir una línea de investigación de consejería de pares, ya que el Hospital General de México, cuenta con un grupo de autoayuda para pacientes con VIH , y en la práctica se han visto buenos resultados en la

participación de estas personas, cuando abordan a pacientes de reciente diagnóstico de VIH/SIDA.

Referencias Bibliográficas.

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), AIDS epidemic update, and World Health Organization (WHO) 2009.
2. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, (CENSIDA), El VIH/SIDA en México 2009.
3. Hospital General de México, Estadísticas enero-diciembre 2009, disponible en: <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/interior/planeacion/anuarios.html>
4. Guillén CM, prevención en la infección por VIH SIDA. Una opción por la vida, Psicología Científica.com [serie en línea] 2007 [citado 25 de abril 2010]; [9 pantallas]. Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-267-prevencion-en-la-infeccion-por-vih_sida-una-opcion-por-la-vida.pdf.
5. Soberon G, SIDA, características generales de un problema de salud pública Conferencia inaugural del 1er Congreso Nacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida , 1987 30 de noviembre al 2 de diciembre, Cocoyoc, Morelos, México, Salud Pública Mex. 1988.
6. Organización Mundial de la salud, Riesgos para la salud de los jóvenes, nota descriptiva 345, agosto 2010.
7. Organización panamericana de la salud, el virus de inmunodeficiencia humana VIH, Bolivia 2010.
8. Morales RA. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en médicos de ginecología y obstetricia en el hospital Bertha Calderón Roque. febrero 2007, 25-32.
9. AIDS Foundation, Información sobre la enfermedad del VIH, San Francisco 2009
10. Lewthwaite P, Natural history of HIV/AIDS, Medicine 2009 jul ; Vol. 37(7), 333-7)
11. Pachón DJ, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, historia natural y clasificación de la infección por el VIH 1 en el adulto, la infección por VIH, guía práctica, Sevilla 2003.
12. Fransi GL, Aguado CT, VIH/SIDA, Guías Clínicas, abril 2011; 11 (32).
13. Pérez CS, Historia Natural y clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto, guía práctica, p. 465-83.

14. Australasian Society for HIV Medicine Inc, HIV management in Australasia a guide for clinical care, Australasia; 2003.
15. Schenker I, la educación para la prevención del VIH/SIDA, Perspectivas, Rev. Trimestral de educación comparada, 2002 junio 2; 122 (2): 9-12
16. Ley general de la educación, artículo segundo, el 13 de julio de 1993, Última reforma publicada DOF 28 de enero de 2011.
17. Transmitir el mensaje: los medios de comunicación y la respuesta al SIDA, Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA, ONUSIDA/06.08S
18. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), transmitir el mensaje los medios de comunicación y la respuesta al SIDA, Colección Prácticas óptimas del ONUSIDA, ONUSIDA 2003.
19. Diccionario de las Ciencias de la Educación, Editorial Santillana, México, 1997, p. 475.
20. Ley general de la educación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio de 1993, Fracción reformada DOF 15-07-2008.
21. Sirvent, MT, Revisión del concepto de Educación No Formal, Cuadernos de Cátedra de Educación No Formal - OPFYL; Facultad de Filosofía y Letras UBA,[serie en línea] 2006 [citado 7 abril 2010], Buenos Aires, disponible en: [http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/educacion/Revision del Concepto deEduNoFormalJFIT.pdf](http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/educacion/Revision%20del%20Concepto%20de%20EduNoFormalJFIT.pdf)
22. Morrón MA, Pedagogía social, Educación recurrente, Educación permanente, educación de adultos, 2004, p. 5
23. Kalua FK, A review of the role of modifying factors in health education programmes, Malawi Medical Journal [serial online] 2007 March [citado 25 Octubre 2010]; 19(1):[10 pantallas]. disponible en: <http://www.medcol.mw/mmj/issues/rolemod2007vol19.1.pdf>
24. Pinzon L. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000, p.12
25. Servicio Madrileño de Salud, papel de la enfermera en Atención primaria, competencias, funciones e intervenciones, Madrid p 3 disponible en: http://www.codem.es/Docs/doc_primaria_oct-2007.pdf

26. Tobón OC, el auto cuidado una habilidad para vivir. 2005, 1-12.
27. The World Health Organization, Constitution Of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
28. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.
29. Establishing a Holistic Framework to Reduce Inequities in HIV, Viral Hepatitis, STDs, and Tuberculosis in the United States An NCHHSTP White Paper on Social Determinants of Health, 2010.
30. Organización Mundial de la salud informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra 2002.
31. Hernán A, un enfoque de prevención del VIH-SIDA, Rev enferm Herediana [serie en línea] 2008 [citado 25 junio 2010]; 1(2): [8 pantallas]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Uenfoque_de_preenciondelVHI.pdf
32. Vera L, Sánchez F, Góngora R. Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México. Rev Biomed. [serie en línea] 2006..... [citado 19 febrero 2010]; 17(3):[12 pantallas]. disponible en; <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061732.pdf>.
33. Barros T, Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Rev Panam Salud Pública. [serie en línea] 2001.... [citado 22 noviembre 2010]; 10(2):[9 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rpsp/v10n2/5861.pdf>.
34. International Organization for migration (IOM) Desarrollo de modelos y estrategias de prevención del VIH/ SIDA, en poblaciones vulnerables emergentes, Santiago de Chile 2005.
35. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud disponible en; http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf.
36. Social determinant of Health, Interim Statement of the Commission on Social Determinants of Health, informe de la Consulta sobre Determinantes Sociales de Salud en la Región del Pacífico Occidental, Marzo 2006

37. Ramos M, Choque R, la educación como determinante social de la salud en el Perú, Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2007.
38. Glouberman S. Evolution of the determinants of Health , Health Policy , and Health Information Systems in Canada, American Journal of Public Health March 2003, Vol 93, No. 3
39. Lalonde M, a New perspective on the health of Canadians, otawa april 1984.
40. Centre National Aboriginal Health Organization, Social Determinants of Métis Health , Research Officer Métis disponible en: http://www.naho.ca/metiscentre/english/documents/Research_SocialDeterminantsofHealth.pdf
41. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
42. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud, Subsanan las desigualdades en una generación, Noviembre de 2010
43. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 16ª Asamblea de la salud 2009.
44. Frenz P, Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, 2004
45. Portillo CF, la teoría del aprendizaje social, psicología social, disponible en http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol1.html
46. Albert Bandura, Teoria social cognitiva, disponible en <http://bandurarrhh.blogspot.com/2007/10/del-conductismo-al-cognitivismo.html>.
47. Olivari MC, Autoeficacia y conductas de salud, Ciencia y enfermería [serie en línea] 2007 junio [citado 5 mayo 2010]; 13 (1): [5 pantallas]. disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>.
48. Salvador FC, Ecuaciones estructurales como modelos predictivos de la autoeficacia emprendedora en una muestra de jóvenes mexicanos y españoles, Apuntes de psicología, [serie en línea] 2009 [citado 6 de abril de 2010]; 27(1): [8 pantallas]. Disponible en:

http://www.cop.es/delegaci/andocci//files/contenidos/VOL.2027_1_2009/vol.2027_1_4.pdf.

49. García GV, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, clínica de laboratorio, psicología y sociología, secretaría de salud, subsecretaría de coordinación y desarrollo, México, 1993, p 146-7.
50. Modelos psicológicos de la salud que han abordado el VIH/SIDA, modelo de Autoeficacia, disponible en <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/20-modelo-de-autoeficacia.html>.
51. World Health Organization, Towards universal access, scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Geneva April 2007.
52. World Health organization, HIV/AIDS and mental health Report by the Secretaria, Ginebra 2005
53. Peltzer K, Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: results from a population-based HIV survey, BMC Public Health [serial online] 2009 march-june ,[citado 25 marzo 2010]; 9(174): [11 pantallas]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-174.pdf>.
54. Uribe RA, Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombiano, pensamiento psicológico [serie en línea] 2009 enero-junio [citado 10 abril 2010] 5 (12): [16 pantallas]. Disponible en: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS12-2.pdf.
55. Lemos DL, Factors associated with HIV infection among delivered women in Sergipe, Brazil, BMC Research Notes [serial online] 2009 agosto [citado 12 marzo 2010]: 2(156): [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-2-156.pdf>
56. Tavoosi A, Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students, BMC Public Health [serial online] 2004 mayo, [citado 25 marzo 2010]; 4(17):[6 pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC420470/>
57. Lliyazu Z, Knowledge of HIV/AIDS and Attitude towards Voluntary Counseling and Testing among Adults, Journal of the National Medical Association [serial online] 2006 december, [citado 12 marzo 2010]; 98 (12),[6 pantallas]. Disponible. en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569677/pdf/jnma00199-0035.pdf>.

58. Liu S, Knowledge and risk behaviors related to HIV/AIDS, and their association with information resource among men who have sex with men in Heilongjiang province, China, BMC Public Health [serial online] 2010 may, [citado 25 septiembre 2010];10(250), [9 pantallas]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/250>.
59. Anwar CM, Level of Awareness about HIV/AIDS Among Truck Drivers and their attitude towards persons with aids, Gomal Journal of Medical Sciences [serial online] 2005 June, [citado 3 febrero 2010] 3(1): [5 pantallas]. Disponible en: [http:// http://www.gjms.com.pk/files/GJMS20Vol-3-1\(4\).pdf](http://www.gjms.com.pk/files/GJMS20Vol-3-1(4).pdf).
60. Wee S, Determinants of inconsistent condom use with female sex workers among men attending the STD clinic in Singapore, [serial online] 2004 August [citado 18 febrero 2010] 80(4): [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744856/pdf/v080p00310.pdf>.
61. Machi ML, Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Rev. Chil. Pediat. [serie en línea] 2006 abril [citado 24 enero 2010] 33(2): [12 pantallas]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n2/art12.pdf>.
62. Catacora LF, Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Rev. Peru Salud Pública [serie en línea] 2007 jul-sept. [citado 3 febrero de 2010], 24(3): [8 pantallas]. disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v24n3/a07v24n3.pdf>.
63. Moreno RD, Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos, Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa México [serie en línea] 2007 julio-diciembre [citado 19 de octubre 2010]; 17(2), [14 pantallas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117201.pdf> .
64. Lema LA. Knowledge on HIV/AIDS and sexual behaviour among youths in Kibaha District, Tanzania, Tanzania Journal of Health Research [serial online] 2008 april [citado 18 agosto 2010] 10 (2): [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?th08014>
65. Kemi OB. Knowledge of HIV/AIDS and Sexual Behaviour among the Youths in South West Nigeria, Humanity & Social Sciences Journal [serial online] 2008 March [citado 17 junio 2010] 3 (1): [8 pantallas]. Disponible en: [http://www.idosi.org/hssj/hssj3\(1\)08/10.pdf](http://www.idosi.org/hssj/hssj3(1)08/10.pdf)
66. Guiella G. HIV/AIDS and Sexual-Risk Behaviors among Adolescents: Factors influencing the use of condoms in Burkina Faso. Afr J Reprod Health [serial online] 2007 December [citado 18 September 2010] 11(3): [17

pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367130/pdf/nihms42624.pdf>

67. Katherine RW. Literacy, Social Stigma, and HIV Medication Adherence, *J Gen Intern Med.* [serial online] 2008 Jun [citado 25 agosto 2010] 23(9): [6 pantallas]. disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18563494>.
68. Jennifer N. Factors Associated With Self-Efficacy for Condom Use and Sexual Negotiation Among South Africa, *Youth J Acquir Immune Defic Syndr* [serial online] 2006 October [citado 25 agosto 2010] 43(2): [17 pantallas]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819666/pdf/nihms-171721.pdf>
69. Wen YF, Association of HIV transmissions and non-transmission knowledge with negative attitudes to HIV/AIDS, *Chinese Medical Journal* [serial online] 2011 february [citado 7 junio 2011] 124(4): [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.cmj.org/Periodical/PDF/201121740723570.pdf>
70. Maia CH, Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage, *Rev Saúde Pública* [serial online] 2008 april , [citado 18 mayo 2010]: 42(2): [6 pantallas]. , disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/en_6357.pdf.
71. Organización Mundial de la Salud. VIH, Adolescentes y Jóvenes: la OMS interviene. Washington (DC): 2005
72. Organización de las Naciones Unidas para la educación la Ciencia y la Cultura UNESCO/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) El VIH/SIDA y los derechos humanos. Ginebra Suiza; 2001
73. Organización de las Naciones Unidas para la educación la Ciencia y la Cultura UNESCO. El VIH/SIDA & la educación un enfoque estratégico: 2003
74. Diller G, VIH/SIDA y educación, editores CIM, GTZ, Red Sida Perú. 1ra ed. Perú 2007. p. 7-39.
75. Diccionario enciclopédico el pequeño Larousse, edit. agrupación editorial, ediciones Larousse S.A de C.V. 1995; p. 368.
76. García GV, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, clínica de laboratorio, psicología y sociología, secretaría de salud, subsecretaría de coordinación y desarrollo, México, 1993, p. 146-7.

77. Oficina Nacional de Estadísticas, Encuesta a personas con VIH/SIDA, Republica de Cuba 2009
78. Family Health International, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Directrices para Encuestas del Comportamiento Repetidas en Poblaciones en Riesgo al VIH, Proyecto IMPACT. 2000.
79. Piña JL, Validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas, Salud pública Méx, [serie en línea] 2003 July- Aug [citado 18 october 2010]: 45 (4) [6 pantallas]. disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a08v45n4.pdf>
80. Wolcott, Fawzy & Alumbaugh (1987).Coping with AIDS: Psychosocial and health implications. Journal of Applied Social Psychology, 17 (3), 309-328.
81. Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

ANEXOS

(Anexo 1)



**Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación General de Estudios de Posgrado
Programa Maestría Enfermería**



Folio _____

Estudio sobre “Conocimientos y actitudes de personas seropositivas sobre la infección por el VIH/SIDA”

Objetivo: Evaluar la relación del nivel educativo con los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA en pacientes seropositivos que acuden a consulta externa de Infectología en el Hospital General de México.

Instrucciones de llenado:

Llenar con tinta negra y letra legible los datos que se le solicitan

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ años Sexo: M _____ F _____

Nacionalidad: _____ Religión _____

Escolaridad: sin estudios _____ Primaria _____ Secundaria _____

Bachillerato _____ Profesional _____ Sabe leer y escribir _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

En que año y mes el médico le informo que tenía VIH?

Año: _____ Mes: _____

Circule la respuesta que considere correcta

1. ¿Cómo se llama el virus que produce el SIDA?
 - 1) Influenza AH1 N1
 - 2) Papiloma virus (VPH)
 - 3) Virus de Inmunodeficiencia Humana

2. ¿El VIH es una enfermedad?
 - 1) Hereditaria
 - 2) De transmisión sexual
 - 3) Propia de la adolescencia

3. ¿Qué personas se pueden infectar por VIH?
 - 1) Hombres que tienen sexo con hombres
 - 2) Toda la población en general
 - 3) Trabajadoras sexuales

4. ¿Cuáles son los nombres de las pruebas que se utilizan para detectar el VIH?
- 1) ELISA Y Western Blot
 - 2) Química Sanguínea y examen general de orina
 - 3) Biometría hemática y química sanguínea

De las siguientes aseveraciones señala con una X la que consideres correcta

	V	F
5. Toda persona portadora de VIH puede transmitirlo aunque no tenga sida		
6. Una persona portadora de VIH se puede volver a reinfectar		
7. Un portador de VIH es igual a ser un enfermo de SIDA		
Una persona puede desarrollar el virus del VIH :	V	F
8. Al tener relaciones sexuales con diferentes parejas		
9. Al tener relaciones sexuales sin usar condón		
10. Por recibir transfusiones de sangre contaminada		
11. Al inyectarse drogas y compartir jeringas contaminadas con personas portadoras de VIH		
12. Al donar sangre		
13. Por picaduras de mosquitos		
14. Por la exposición o contacto con una persona seropositiva que tose o estornuda		
Para disminuir el riesgo de desarrollar SIDA es útil:	V	F
15. Llevar una dieta personalizada		
16. Tener sexo protegido		
17. Aplicarse las vacunas indicadas		
18. Evitar cambios bruscos de temperatura		
19. Comer carne bien cocida		
20. Suspender los medicamentos antirretrovirales		
21. Tener un control veterinario estricto de animales domésticos? (perros, gatos, aves etc.)		

Coloque una cruz en la respuesta que usted considere más cercana a su experiencia o lo que usted piense.

	Nunca	Casi nunca	Ni nunca, ni siempre	Casi siempre	Siempre
22.Me preocupa el riesgo de reinfectarme de VIH					
23. Me preocupa el riesgo de infectar a otra persona de VIH					
24. Informo mi condición de portador de VIH, a las personas con las que tengo contacto sexual.					
25. La responsabilidad de no infectarse del VIH debe ser de la gente VIH negativa.					
26.Sería útil que las pláticas acerca de cómo no transmitir el VIH a los demás fueran una parte regular de mi atención médica					
27. Donaría sangre, semen, óvulos u órganos aun sabiendo que tengo el VIH.					
28. Desde que soy portador de VIH utilizó condón en todas mis relaciones sexuales.					
29. No hablo con nadie de mi enfermedad por miedo al rechazo.					
30. Me da vergüenza tener VIH.					
31. He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba.					
32. He intentado reducir la tensión comiendo más de lo habitual.					
33. Aunque tengo VIH, soy una persona que merece tanto respeto como cualquier otra.					
34. He tenido sensación de soledad desde que me dieron el diagnóstico de VIH.					
35. Me gustaría participar en un grupo de autoayuda para pacientes con VIH.					
36. La responsabilidad de no contraer el VIH es responsabilidad de la gente VIH positiva.					
37. Desde que vivo con VIH, evito el consumo de alcohol y drogas.					
38. Desde que vivo con VIH tengo relaciones sexuales protegidas					
39. desde que vivo con VIH, realizo ejercicio físico dosificado.					
40. He pensado mucho más sobre lo que era realmente importante en mi vida					
41. he intentado no preocuparme ni perder la calma					
42. He tratado que los demás no sepan cómo me siento					

Observaciones, comentarios, dudas, sugerencias

Gracias por su colaboración.

(Anexo 2)



Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación del Programa de Maestría

Carta de consentimiento informado

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son problemas de salud pública emergentes a los que se enfrentan los servicios de salud en la actualidad, pues si bien existen medidas preventivas para adquirir la infección por VIH, y las complicaciones de esta, existen también muchos estigmas referentes a los pacientes seropositivos.

El identificar los conocimientos y las actitudes que los pacientes tienen acerca de VIH/SIDA, nos permite realizar programas de intervención y orientación personalizado para favorecer estilos y calidad de vida mejores. Para lograr lo anterior la enfermera juega un papel importante como educadora y consejera en el control del VIH y prevención de SIDA al realizar promoción a la salud y protección específica, con énfasis en el auto cuidado. Diseñar un programa educativo permitirá disminuir la morbilidad de los pacientes de VIH, y la mortalidad por SIDA.

He leído, o me han leído esta carta de consentimiento informado y entiendo claramente que me están solicitando mi consentimiento para contestar la encuesta denominada nivel de conocimientos y actitudes que tiene acerca del VIH/SIDA, las personas seropositivas que viven con diagnóstico de VIH, me informan que el objetivo de esta investigación es "Determinar el nivel de conocimientos y actitudes que tienen acerca del VIH/SIDA las personas seropositivas que viven con VIH.

Entiendo que no me realizaran ningún procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no me será tomada ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello o materia fecal.

Concibo también que esta investigación no represente ningún riesgo para mi salud, ni para mi integridad física o moral y que no me traerá algún tipo de beneficio directo e inmediato.

Estoy enterado (a) también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción cuando yo así lo solicite de manera personal por responsable de este proyecto de investigación, la Lic Enf. María Guadalupe Díaz Rojas, Alumna de maestría en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con domicilio en Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan Col. Ejidos de Huipulco en México D. F.

Estoy consciente que la firma de la “Carta de consentimiento” no me compromete absolutamente a nada, ni siquiera a terminar de contestar la encuesta y además se me garantiza que mi retiro de este estudio no conllevará represalia alguna, y que mi participación no es condición alguna para recibir ningún tipo de atención médica o de enfermería.

El Investigador responsable se ha comprometido a que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Se me ha informado que en caso de que desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tengo derecho a la atención médica correspondiente o en su defecto a una indemnización, siempre y cuando que estos efectos sean consecuencia de mi participación en el estudio.

Finalmente tengo muy claro que mi participación es plenamente voluntaria y que no recibiré a cambio dádiva alguna ni en producto (dinero en efectivo) ni en especie (despensa, medicinas, otro tipo de atención especializada) a cambio de mi participación voluntaria en este proyecto de investigación.

En la Cd. de México siendo el día ___ del mes de _____ de 2010 y habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: nivel de conocimientos y actitudes respecto al VIH/SIDA que tienen las personas que viven con diagnóstico de VIH, que acuden a la consulta externa de Infectología de un Hospital de tercer nivel de atención.

Nombre y firma del paciente o responsable legal (La firma puede ser sustituida por huella digital en los casos que así lo ameriten)	Nombre, dirección, parentesco y firma de un testigo.
Nombre, dirección, parentesco y firma de un testigo.	Nombre y firma del Investigador Responsable