



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
“EL ROSARIO”**

**ACTITUDES SOBRE VIH EN ADOLESCENTES DEL CCH
AZCAPOTZALCO**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DR. ROMELL BARRERA JIMÉNEZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

A S E S O R

**DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”**



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.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. HAIDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUET
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DR. ROMELL BARRERA JIMÉNEZ
RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS...

Por quererme médico, por dejarme ser una herramienta para poder ayudarle en esta misión de curar a los enfermos brindándome así la dicha del conocer humano y saber entender la razón de mí ser..

GRACIAS A MI MADRE...

Carmelita, que siempre me han dado su amor, su apoyo incondicional y a quien debo este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. .

GRACIAS DOCTORA MONICA ENRIQUEZ...

Por ser mi asesora de tesis, por toda la paciencia y su valiosos tiempo. Infinitamente agradecido por todo el apoyo.

GRACIAS A MIS PROFESORES...

A todos y cada uno de mis profesores que me dieron clase, por la enseñanza, por la dedicación y por su tiempo.

GRACIAS AL CCH AZCAPOTZALCO...

Especialmente a: Lic. Rosaura Rocha Escamilla, Dra. Cristina Robles Berlanga y a la Prof. Maricela Ávila Fonseca, por su apoyo y atenciones.

DEDICATORIA

A Dios a mi Familia y mis Amigos

La vida me ha dado muchas cosas muy hermosas, me ha dado una familia maravillosa a la que le agradezco a Dios, hoy mañana y siempre y para toda la eternidad, ya que ellos me han hecho sentir que la vida es muy hermosa y que tiene muchas cosas maravillosas por las que tengo que seguir adelante.

A veces nos quejamos de las pruebas y las dificultades que nos pone la vida pero en verdad tendríamos que estar agradecidos y ver las cosas positivas de la vida, agradecer por tener una vida por respirar por tener una familia, por estar rodeados de personas que nos quieren y nos aman como los amigos y la pareja.

Dios nos dio la capacidad de dormir y soñar, y no es para que se quede solo en sueños, es para cuando despiertes te levantes con más ánimo y digas lo voy a conseguir.

INDICE

<i>I. Resumen</i>	6
<i>II. Marco teórico</i>	7
<i>III. Antecedentes científicos</i>	15
<i>IV. Justificación</i>	18
<i>V. Planteamiento del problema</i>	19
<i>VI. Material y métodos</i>	20
<i>VII. Resultados</i>	21
<i>VIII. Discusión</i>	47
<i>IX. Conclusiones</i>	49
<i>X. Bibliografía</i>	50
<i>XI. Anexos</i>	54

RESUMEN

Barrera JR, Enríquez NM. Actitudes sobre VIH-SIDA en adolescentes del CCH Azcapotzalco. México 2012.

Introducción: El VIH-SIDA es uno de los principales problemas de salud en el mundo, constituye la cuarta causa de mortalidad a escala global. Actualmente se estima que existen 33 millones de adultos entre 15 y 49 años que viven con VIH/SIDA. Más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se producen en jóvenes con edades de 10 a 24 años. **Objetivo:** Evaluar las actitudes sobre VIH/SIDA de los adolescentes, del CCH Azcapotzalco que se encuentran en el área de influencia de la UMF 33. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prolectivo, transversal. Se calculará el tamaño de muestra, seleccionando mediante muestro no probabilístico por conveniencia a adolescentes con edades comprendidas entre 15 a 19 años. La información se obtendrá mediante el cuestionario actitudes frente al VIH/SIDA. **Resultados:** La edad promedio de los participantes fue 17.90 ± 1.24 años de edad y 57.2 % eran del género femenino. El 82% reportó una tendencia hacia la actitud más positiva y el restante 18% presentó tendencia hacia actitudes más negativas. **Conclusiones:** En general los estudiantes presentan una actitud más positiva ante el VIH/SIDA, y estos incrementan cuando son mayores conocimientos sobre aspectos fisiopatológicos y humanistas, influye la madurez personal y experiencias individuales..

Palabras Clave: Actitudes, Adolescentes, VIH-SIDA.

MARCO TEORICO

Las enfermedades de transmisión sexual comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, continúan siendo una epidemia en la mayor parte de los países del mundo y constituyen el principal exponente de la profunda influencia que la conducta humana y los factores demográficos pueden tener sobre la epidemiología y la morbilidad de las enfermedades. (1)

El progreso de la enfermedad del VIH/SIDA esta coligado con las discrepancias sociales articuladas en disimilitudes que imperan en las oportunidades de resguardo y atención de la salud, en heterogéneos niveles socioeconómicos. La epidemia también se aúna con discordancias de orden social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son superiores en áreas donde la población le concierne a estratos socioeconómicos menores. Las disconformidades de género son otro aspecto de las distinciones mancomunadas con la epidemia, puesto que son un componente importante en las posibilidades de alcanzar niveles socioeconómicos de mejor o peor prerrogativa. (2,3)

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes. Entre las razones principales figuro que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en adolescentes del grupo de edad de 10 a 24 años. (2)

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la generalidad se contagiaba por la ruta sexual. En México, del total de casos reportadas en el periodo 1993 – 1997, el 1.6% se ubico en grupo de los adolescentes (15 a 19 años de edad), y cuya característica particular es que preponderaba la vía de transmisión sexual; este aspecto está fuertemente ligado a la prevalencia del 30% que se presento en el grupo de 20 a 29 años, por el periodo de latencia que asciende entre dos y 11 años; y más recientemente en el 2002 la Secretaría de Salud, reporta que la mortalidad por VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años de edad represento el 0.65% durante este periodo. (2,4,5).

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro. (2,6)

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado VIH/SIDA, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta. Las respuestas de la salud pública a las necesidades de estos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a la confusión. Así mismo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los adolescentes, influyen poderosamente

en su comportamiento, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud. (2)

Epidemiología del SIDA

A partir de un enfoque holístico, se reconocieron cuatro esquemas de trasmisión del SIDA que se distinguieron por el nombre del área territorial en que imperan: África y el Caribe, Estados Unidos de América y Europa Occidental, América Latina y Asia y Oceanía. (Ver Tabla 1). (2).

Tabla 1. Esquemas de Trasmisión del SIDA

ESQUEMA	CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO	PERÍODO
África y el Caribe	Prevalece la transmisión heterosexual; por transfusión sanguínea y perinatal.	Advirtiéndose que la iniciación de la transmisión del SIDA sobrevino con anterioridad a los años 70`s.
Estados Unidos de América y Europa Occidental	Predomina la asiduidad de la infección y de casos de SIDA en hombres homosexuales y bisexuales, y en adictos que se inyectan drogas vía intravenosa.	Comienza la transmisión del SIDA a finales de los años 70`s.
América Latina	Impera una infección moderada en grupos de alto riesgo principalmente varones homosexuales y bisexuales. Observándose una transmisión por transfusión sanguínea importante.	La transmisión se inicio a principios de los 80`s.
Asia y Oceanía	Prepondera la infección en grupos de alto riesgo, sin encontrar evidencias por la transmisión de hemoderivados.	La transmisión se inicio a mediados de la década de los de los 80`s.

Sin embargo recientemente en 1995 la OMS ha descrito la distribución de la epidemia en ocho regiones del mundo y cinco patrones de transmisión del VIH/SIDA. (Ver Tabla 2). En algunos segmentos del mundo como Estados Unidos (EUA) y Europa Occidental, la prevalencia de ocurrencias de enfermos de SIDA en los ulteriores años se ha estabilizado, lo que muestra que la cantidad de recientes casos de SIDA equipara a los fallecimientos. En cambio en otras zonas, como el Sudeste Asiático, se exhibe un aumento exponencial en la actualidad. (2).

Tabla 2. Distribución de la Epidemia del VIH/SIDA

REGIONES	CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO
Estados Unidos de América, Europa Occidental y Australasia	La transmisión más importante continúa siendo en hombres con prácticas homosexuales y en drogadictos intravenosos (DIV). En esos países la transmisión heterosexual se está incrementando en forma moderada. El SIDA en áreas urbanas es una causa importante de muerte en adultos jóvenes de 20 a 40 años
Latinoamérica y el Caribe	La transmisión heterosexual se ha incrementado en algunos países del Caribe (Haití, República Dominicana), Centroamérica (Honduras) y Sudamérica (Brasil). La seroprevalencia de infección por VIH en mujeres embarazadas en estos países es del 1% al 2%. La mayor transmisión continúa siendo en homosexuales y DIV.
Africa - sur del Sahara	En los países de esta región se estima que ha ocurrido más de la mitad de los casos mundiales de SIDA; la transmisión es principalmente heterosexual y, por lo tanto, existe una elevada transmisión perinatal. El SIDA representa una causa importante de muerte en la población infantil y en los adultos.
Sudeste Asiático	Esta región muestra el crecimiento más rápido de la epidemia en los últimos años y se estiman 2.5 millones de infectados por VIH. La transmisión ocurre asociada principalmente a drogadicción intravenosa y contactos heterosexuales
Resto del mundo	Las regiones con la menor transmisión de los VIH hasta ahora son el Lejano Oriente y el área del Pacífico del Continente Asiático, el centro de Asia, los países de Europa Oriental y el Norte de África.

En este marco de referencia, lo anterior nos señala, que los esquemas de propagación del SIDA afectan substancialmente a homosexuales, con diversos compañeros sexuales, pero a medida que la epidemia progresa, la transmisión aconteció con mayor inclinación en heterosexuales, que cuentan con un número de compañeros sexuales reducido. Los estudios epidemiológicos realizados en el mundo, han confirmado reiteradamente que solo hay tres formas de transmisión del SIDA: (a) por el acto sexual de forma heterosexual u homosexual; (b) contacto con sangre y hemoderivados, semen u órganos de donantes y (c) finalmente de madre a hijos, durante o seguidamente después del parto. (2)

La adolescencia aumenta la vulnerabilidad a VIH/SIDA

En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos. (2,7)

Para los jóvenes, los riesgos de presentar VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para un adolescente los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos adolescentes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables. (2)

En estudios realizados en estudiantes, solo un 26% de estos, varones entrevistados, se consideraban en alto riesgo de contraer el VIH/SIDA, pese que el 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo. Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones. La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual más libre de riesgo, por ejemplo, las mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar anticonceptivos. (2)

En algunos lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras que otros han dicho que si se infectaran, serían otros los responsables y no ellos. Algunos adolescentes hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA. (2)

En los Estados Unidos investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH/SIDA tenían la probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados y adoptar un comportamiento de alto riesgo como practica de relaciones sexuales sin protección y compartir con otros la agujas para inyectarse drogas. (2)

La sexualidad produce en muchos adolescentes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aún los adolescentes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los adolescentes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja. Algunos adolescentes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodos con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que necesiten anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos. (2)

Los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección. (2)

La comunicación del VIH/SIDA en la adolescencia.

Se reconoce el papel fundamental que juega la comunicación en la adolescencia, principalmente con los padres y amigos, ya que esta influye en la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes. (2,8,9)

En su mayoría los adolescentes son considerablemente sensibles, tocante a la opinión de sus iguales, la percepción de lo que piensan los compañeros tiene por lo común mayor influencia en el comportamiento sexual o en cualquier otro tipo de comportamiento arriesgado, comparado con las opiniones de los padres y otros adultos. De tal forma que se ha observado en estudios que el 29.5% de los adolescentes prefieren hablar con sus amigos, sobre el VIH/SIDA, mientras que un 18.5% recurren a sus maestros, y un 15.7% prefieren no hablar sobre este tema.; cabe destacar que se hace referencia que solo un 4.4% platican con sus padres. (2,10)

Se ha demostrado que errores de concepto suponen otras tantas oportunidades perdidas para motivar y orientar la conducta preventiva de los adolescentes frente a ETS/VIH. El bajo índice de respuestas correctas a relacionadas con la conducta preventiva es especialmente preocupante pues las ideas falsas respecto a cualquiera de estos temas pueden inducir prácticas sexuales susceptibles de aumentar el riesgo de contagio de ETS/VIH. Por ejemplo, las adolescentes que creen que los lavados después de un contacto sexual protegen de las ETS pueden adoptar esta práctica en la creencia de que se trata de una conducta preventiva, cuando lo cierto es que quizá estén aumentando el riesgo de contagio de ETS/VIH. Igualmente, la creencia en la capacidad personal para saber si su pareja padece una ETS puede llevar a las adolescentes a emplear estrategias personales de selección de pareja que son inútiles, en vez de tratar de negociar el uso del preservativo o de negarse a tener relaciones sexuales sin éste. (2)

Otra creencia errónea de las adolescentes es la de que el fluido previo a la eyaculación no contiene el VIH. Esto puede llevarlas directamente a la práctica de la interrupción del coito. Del mismo modo, las ideas falsas sobre el efecto protector de los preservativos de látex frente a los de piel, y el uso de lubricantes acuosos frente a los grasos puede perjudicar la eficacia de los preservativos. (2).

Se ha observado que las mujeres por el grado de conocimientos son más propensas que los hombres a contraer ETS/VIH por vía sexual son también preocupantes. La evidencia empírica ha establecido una mayor eficiencia de la transmisión hombre-mujer de la gonorrea, el herpes genital, la hepatitis B y el VIH. El riesgo de transmisión del VIH de hombre a mujer es notoriamente mayor que la transmisión a la inversa. Saber que corren más riesgo de contraer ETS aumenta la percepción de las mujeres de su vulnerabilidad ante estas enfermedades; sin embargo, nuestros datos prueban que la mayoría de las muchachas no eran conscientes de que su riesgo era más elevado que el de los muchachos. (2).

La rápida evolución de la educación para la salud ha ocurrido en muchos casos sin una base teórica, enfocando más el aspecto práctico, y olvidando que el conocimiento, junto con la actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de salud. (11) solo se cuentan con estudios o reportes acerca de la actitud que tiene el personal de salud ante el VIH/SIDA, se han basado principalmente en las actitudes de discriminación y estigmatización ante estos pacientes, lo cual ha estado relacionado con los conocimientos que tienen los profesionales de la salud de la infección por el VIH.

En Bolivia el 34% de personal de salud refirió que tiene o tendría miedo de atender a una persona con el VIH/SIDA, por miedo al “contagio” y a la falta de material para realizar el test a todos los pacientes en los servicios de salud. El 32% afirmó que tiene el derecho de rechazar la atención a una persona seropositiva al VIH o enferma con SIDA. (12)

Otro estudio realizado en el 2000 en hospitales de Buenos aires, por Biagini, mostró reducción en el rechazo a pacientes con VIH/SIDA, pero había estigmatización hacia otros grupos vulnerables a la infección. (13)

Otro estudio en Mérida dirigido a Médicos de familia encontró un 78% de actitud positiva asociado a un conocimiento adecuado, 39% tenían disponibilidad en la atención de pacientes seropositivos. (14)

En España en el Hospital de Huelva, se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente VIH/SIDA en el periodo 2001- 2002; en el cual se detectó, además de un gran miedo al contagio, deficiencias en cuanto a ciertos conocimientos específicos respecto a la infección. (15)

De igual forma en Barcelona en otro estudio realizado por Tomas Sábado a estudiantes de enfermería, durante el primer trimestre del 2002 - 03, se reporto también actitudes prejuiciosas y negativas ante el SIDA. (16)

La asistencia sanitaria que se ofrece en Uganda fue valorada en un estudio realizado en el 2002 y se identificó que algunos agentes de salud todavía no abordaban el VIH y el SIDA “cara a cara” con los pacientes, quizá a causa de la ansiedad personal o de la falta de formación adecuada sobre las necesidades psicológicas de las personas que viven con el VIH/SIDA. (17).

En Nicaragua Sequeira Peña, en el 2003, realizaron una encuesta en Managua a los trabajadores de la salud para valorar sus conocimientos, encontrándose que 41% de las enfermeras tienen grandes brechas sobre el VIH/SIDA. (15)

En el 2004 se realizó un estudio para valorar los conocimientos, actitudes y práctica en personal de salud del Hospital Roberto Calderón el cual reveló un mayor porcentaje de conocimiento en médicos residentes, una actitud positiva sobre esta patología en médicos residentes y especialistas y actitud negativa en médicos internos. En términos generales se demostró buenas prácticas. (18)

Pero no se conoce en México una actualización reciente sobre la actitud de los adolescentes frente a la infección de VIH-SIDA por lo que se lleva a cabo esta investigación.

Los conocimientos de los adolescentes ante esta entidad hace que su conducta se vea modificada, ya sea por el nivel socioeconómico o por el grado de conocimiento hacia el tema, pero a pesar de estos la actitud que toman frente a este padecimiento es totalmente radical por lo que vale la pena recordar el término de una actitud entendiéndose como los conocimientos o creencias sobre el tema; es lo que se ha dado en llamar aspecto cognitivo de la actitud. La disposición (favorable o desfavorable) a actuar en una dirección determinada; se conoce como aspecto afectivo de la actitud y la conducta, de hecho, ante una situación determinada; es el aspecto conativo de la actitud. (19)

Escalas de valoración de las actitudes

Estas escalas son prácticamente las mismas que las de control, si bien en ellas se pueden incluir matizaciones respecto al grado de acuerdo o desacuerdo, existencia o no de una determinada cuestión, comportamiento, etc. Son clásicas las escalas de Likert, Thurstone, Osgood y Guttman. (20).

Escalas de Likert o de puntuaciones sumadas. Permiten la cualificación y la cuantificación, su presentación puede ser descriptiva, gráfica o numérica. La escala en su totalidad sería un listado de ítems, preguntas o gráficos referidos a todos los aspectos contemplados en dicha escala. Puntúa entre 0 y 10 dependiendo de si está en franco desacuerdo o muy de acuerdo con lo que se señala en cada ítem. El 0 expresa el máximo grado de desacuerdo y el 10 el máximo grado de acuerdo. (20)

Las escalas de Thurstone suponen una lista de rasgos respecto a un aspecto, persona o fenómeno, en la que el primer ítem encierre una descripción o calificación excelente y el último una descripción o calificación muy negativa y en medio unos quince o veinte niveles intermedios ordenados progresivamente. La lista así elaborada se da para ser respondida a las personas escogidas por la muestra. Su respuesta se limita a señalar la frase con la que está más de acuerdo, una vez leídas todas. Su construcción es bastante complicada, redacción de ítems, graduarlos, nivelarlos, estudio por criterio de jueces, retirar los ítems en los que no hay acuerdo, pretexto, redacción definitiva. (20)

Las escalas de Osgood, fundamentadas en el diferencial semántico, se utilizan para obtener información respecto a un tópico o varios. Al igual que las anteriores sirven para acceder a determinadas informaciones, que por otros medios serían difíciles de alcanzar; sus datos pueden ser analizados comparativamente, para establecer procesos de seguimiento o evolución. Al igual que las escalas de Likert, pueden presentar distintos grados o niveles en las matizaciones. Normalmente se establecen grados impares (3, 5 ó 7 posibilidades de respuesta) para mejor ajuste a las curvas de normalidad (Gauss), aunque también pueden establecerse niveles pares (2, 4, 6 u 8 opciones de respuesta) si

nos interesa detectar informaciones fácilmente dicotomizables, del tipo «buenos» «malos», «cumplidores» «incumplidores», «rápidos» «lentos». Su construcción es también muy fácil. Supone escoger un tópico o varios tópicos, fenómenos o personas objeto de estudio. Sobre estos tópicos se elabora una lista de adjetivos calificativos y sus antónimos (diferencial semántico) que tengan relación cualitativa con el objeto de estudio. Esto se traslada a la escala, se aplica y se extrae la información para posterior tratamiento. (20)

Las escalas de Guttman, son otro tipo de escalas, apropiadas para evaluar actitudes, aunque también pueden ajustarse a otros requerimientos. Son escalas acumulativas, puesto que la primera respuesta debe incluir a las restantes. Son bastante complicadas de formular si se quiere respetar esa condición en algunos casos. Pueden dirigirse a varios campos de estudio o ser monográficas. (20)

Ramírez JA, en su artículo “Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida”. Utiliza la escala de Likert para conocerlas. Se encuestaron 1,584 padres de familia con hijos adolescentes que estudian en alguna de las 97 diferentes escuelas Secundarias del Área Metropolitana de Monterrey tomadas en la muestra.

La mayoría de los encuestados pertenecía al sexo femenino, madres de familia (69.0%) y el 51.3% tenía 40 años o más. La gran mayoría pertenecía a la religión católica (86.6%). Las madres de los estudiantes se dedican al hogar en 59.8% de los casos, mientras que 43.5% los padres contaba con estudios profesionales o más y otros trabajan como empleados (31.7%). El promedio de edad de la población encuestada fue de 39.9 DE \pm 5.6 años. (21)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Macchi y col. realizaron un estudio para indagar los conocimientos, VIH/SIDA en jóvenes estudiantes de la educación media en colegios públicos y privados de Asunción y Lambaré, Paraguay. La Investigación fue un diseño observacional. Analítico, prospectivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta voluntaria, auto administrada, a estudiantes de 1º, 2º y 3º de la media de colegios de la capital y Lambaré, durante el mes de agosto de 2006. Los resultados de 336 encuestas analizadas. Edad media 16 años. 52% masculinos, 48% femeninos. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fue la escuela. 42,4% refieren relaciones sexuales, varones: 56,5% y las mujeres en 27%. La edad media de iniciación sexual de 14,6 años, 72% de los varones se iniciaron sexualmente antes de los 15 años. 55% refiere utilizar preservativo en relaciones ocasionales. 71,3% sabía donde recurrir en situaciones de riesgo. Catorce se realizaron el test para VIH, 10 de los cuales habían referido relaciones sexuales. Nivel de conocimientos en general bajo e inconsistente. La conclusión de los resultados revelan jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA. (22).

Otro estudio realizado por Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath en la ciudad de Barranquilla cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de los (as) adolescentes de bachillerato de los núcleos educativos realizado a un estudio descriptivo transversal. El universo fue de 1.353 adolescentes entre 14 y 19 años inscritos en los grados noveno, décimo y undécimo de los colegios públicos pertenecientes a los núcleos 2 y 4 de la ciudad. La muestra se eligió por muestreo bietápico: Se encuestó a 412 jóvenes a través de un formulario tipo CAP. Los resultados del estudio fue que de los 412 adolescentes encuestados, el 9% no conoce adecuadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA ni su manejo, a diferencia de un 15% que conoce excelentemente estos parámetros; el 98% asume una actitud positiva frente a la enfermedad; el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, como consumir alcohol (15%), sexo con desconocidos (22%) y no usar siempre el condón (82.5%); el 47% considera que su riesgo de contagio es nulo o muy bajo; el 92% afirmó que recibe información sobre sexualidad de manera frecuente, y el medio favorito es la escuela (28.6%), seguido por la familia (23.4%). (23).

En el país de Perú Cristian Díaz Vélez y col. realizaron una investigación en la cual el objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. El estudio fue realizado en alumnos de medicina, se analizaron 1 484 cuestionarios de 13 facultades. Los datos se recolectaron en dos etapas: La aplicación de cuestionario a estudiantes y recolección de información propia de cada facultad. Los resultados fueron que las mejores actitudes fueron: para investigar no es necesario ser “superdotado” (83,3%), piensa implicarse en el futuro en un trabajo de investigación (80,4%). Y concluyeron que a nivel de las actitudes para investigar los estudiantes de pregrado de las facultades de medicina del Perú refieren que no se necesitan ser un superdotado y señalan el deseo de poder participar en proyectos de investigación. Además, existe una asociación entre aquellos que pertenecen a un grupo de investigación y el nivel académico o de conocimiento y su actitud positiva hacia la investigación. (24).

Caballero describe los conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural. El estudio fue transversal muestral descriptivo y correlacional. Se aplicó un cuestionario a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México, entre julio de 1995 y marzo de 1996. Análisis: a) consenso por estratos y género con análisis factorial, b) estimación de patrón cultural de respuestas correctas y de concordancia de respuestas individuo/grupo por correlaciones de Pearson. Resultados. Hubo altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo/grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró: a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas. Conclusiones. Los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas. (25).

Micher CJ y col. realizaron una investigación que tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes del Distrito Federal. En la cual se utilizó el examen médico de primer ingreso a los niveles bachillerato y licenciatura de la UNAM, realizado en el periodo 1995-1996. Este instrumento se aplicó a 31,766 alumnos de bachillerato y a 22,447 estudiantes de licenciatura. En general los resultados muestran que 69 % de la población se considera medianamente informada sobre sexualidad y que 35.5% de las mujeres y 42.2% de los hombres iniciados sexualmente, utilizaron el condón en su primera relación sexual. Sin embargo, aunque perciben al condón como una forma de prevención del SIDA, 60% de la población total que lo utiliza considera a las ETS y al SIDA como enfermedades ajenas a su grupo, etéreo. Para desarrollar intervenciones eficaces se sugiere tomar en cuenta los resultados de esta investigación, así como los planteamientos relativos al entorno social en que se desenvuelven los estudiantes y los propuestos por la teoría de la acción razonada. En este sentido, se enfatiza la necesidad de eliminar aquellas intervenciones donde sólo se toma en cuenta la transmisión de la información, para sustituirlas con aquellas que incorporen los elementos socioculturales propios de la etapa adolescente. (26).

Rassetto en el año 2000 realizó investigación para identificar las actitudes sobre VIH en adolescentes obteniendo los siguientes resultados; de 336 encuestas analizadas, edad media 16 años, 52% masculinos, 48% femeninos. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fue la escuela. 42,4% refieren relaciones sexuales, varones: 56,5% y las mujeres en 27%. La edad media de iniciación sexual de 14,6 años, 72% de los varones se iniciaron sexualmente antes de los 15 años. 55% refiere utilizar preservativo en relaciones ocasionales. 71.3% sabía donde recurrir en situaciones de riesgo. 14 se realizaron el test para VIH, 10 de los cuales habían referido relaciones sexuales. Nivel de conocimientos en general bajo e inconsistente. (27)

En la unidad de medicina Familiar No. 33 en el año 2003 se realizó un estudio sobre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para VIH-SIDA en los usuarios de 13 a 25 años de edad en el cual los resultados de los 138 cuestionarios que se aplicaron sobre los factores de riesgo para VIH-SIDA el 100% de los jóvenes encuestados contestaron todas las preguntas realizadas. Con respecto a la edad, se encontró que 38 jóvenes

(27.5%) se ubicaron entre los 13 a 16 años de edad, y 87 jóvenes (63%) se ubicaron entre los 17 a 21 años de edad, mientras que 13 jóvenes (9.5%) se ubicaron entre los 22 a 25 años de edad. En la distribución por sexo se encontró que 78 (57%) pertenecían al sexo femenino y el resto 50 (43%) fueron del sexo masculino. Con respecto al nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de VIH-SIDA en los jóvenes (8%) tienen un nivel excelente, 9(6.5%) tienen un nivel bueno de conocimientos. El rubro más dominante fue el nivel de conocimientos regular en donde se ubicaron 78 jóvenes (56.5%) por último se encontró que el nivel de conocimientos malo se ubicaron 39 jóvenes (29%) del total de encuestados afortunadamente no se encontró ningún joven con un nivel de conocimientos pésimo. (28).

El estudio mas reciente realizado en la UMF 33. Fue en el año 2010 en el cual se investigo el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes obteniendo los siguientes resultados; en cuanto al nivel de conocimiento por edades en el cual concluye que las edades donde el conocimiento es bueno se presento entre los 13 y 14 años un nivel regular para los adolescentes entre 15 y 16 años y para los adolescentes de entre los 16 y 17 años prevalece un nivel bueno. (28)

JUSTIFICACIÓN

¡Una enfermedad más! Se podría expresar y quizás la gran población que la padece, hace que todos sepamos que es de las enfermedades que como el diabético o el hipertenso, será de las que más vidas va a cobrar sus complicaciones, por lo que sus portadores tienen que tener conocimiento de su tratamiento, y sobre los cuidados para prevenir las dichas complicaciones, para esto ya se ha investigado mucho hay muchos estudios, infinidad de artículos que hablan desde los aspectos microbiológicos hasta su impacto a nivel económico y social, es el pan de cada día en la especialidad de infectología y se publican artículos y nuevos descubrimientos sobre esta infección los nuevos descubrimientos y la proeza del descubrimiento de la vacuna, es una enfermedad que ha provocado un “Bum” en el ámbito de la investigación ya que su complejidad es tal que aun en nuestros días no se conoce cura, ni prevención por vacunación como muchas infecciones virales, por mencionar un ejemplo la del VPH que en tal vez poco tiempo será una de esas causas de muerte que trascendió como lo fue la viruela. Este punto de vista científico es muy extenso, y aunque hay grandes estudios sobre las actitudes de la población hacia la gente que vive con el virus del VIH-SIDA. Fuera de esta población, casi todos estudios van dirigidos hacia el personal de salud. Pero no se conoce un estudio sobre las actitudes que presentan los adolescentes frente a la enfermedad del VIH-SIDA, este sector de la población que se encuentra más vulnerable en nuestros días, si tomamos como referencia el marco histórico en el que nos encontramos, los adolescentes que son el grupo atareó más propicio para que esta enfermedad crezca, pero no mirando ese aspecto, sino como que ese el grupo etario donde se pueden aplicar las estrategias de prevención e información, pero precisamente este apartado es el importante. “¿Qué piensan los adolescentes?”. ¿No cuanto conocen ni cuanto saben sobre la enfermedad? Conocer cuál es o cual será la actitud que ellos tomaran al presentarse ante una persona que es portadora del virus de VIH o tener SIDAY que convive con ellos, se creía que para el año 2000 una persona cualquiera iba a conocer a una persona portadora o que padece de SIDA, cosa que en su momento no se dio, pero en estos días posiblemente esa cifra este subestimada. Los medios de comunicación, las estrategias de salud para prevenir identificar y tratar la enfermedad han hecho que este padecimiento sea de dominio público, tal vez con más lagunas que verdades pero la población la conoce, con la misma idiosincrasia que con la que llego a México encajonándola solo a cierto grupo vulnerable, homosexuales y sexoservidoras, cuando la realidad es otra. De esta condición social es que está interesada este estudio, conocer cómo piensan los adolescentes al tener en frente a una persona que padezca esta enfermedad, acaso son efectivas las estrategias sobre información, o solo son información y cada adolescente toma su propia decisión y actitud. En la gran mayoría de las situaciones los adolescentes dicen una cosa y hacen otra, pero esta no es la finalidad de este estudio, es solo conocer mediante la aplicación de un instrumento, como es la actitud de un adolescente frente a esta condición mórbida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes, configuran un problema sanitario mundial. (2, 3, 4). Se ha conferido gran importancia al virus de la inmunodeficiencia humana durante la adolescencia, pues al principio de la epidemia no se le prestó atención en comparación con los adultos y niños por causa de que e parte, menos del 1% de los casos reportados correspondiera a adolescentes entre 13 y 19 años; era mínimo el riesgo comparado con la población adulta y la pediátrica y realmente no era así. (2, 3, 4). Las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes van en ascenso por causa en gran medida, de la iniciación temprana de las relaciones sexuales y por el desconocimiento sobre estas enfermedades. Se ha conferido gran importancia al virus de la inmunodeficiencia humana durante la adolescencia, pues al principio de la epidemia no se le prestó atención en comparación con los adultos y niños por causa de que e parte, menos del 1% de los casos reportados correspondiera a adolescentes entre 13 y 19 años; era mínimo el riesgo comparado con la población adulta y la pediátrica y realmente no era así. (2, 3, 4).

Estudios previos: En México en el año 2008, Davila obtiene los siguientes resultados de una población de adolescentes total de 329: La edad promedio de los participantes fue $15,90 \pm 1,24$ años de edad y 57,2 % eran del género femenino. El 40,9 % reportó un NC “bueno”, 51,9 % “regular” y 7,2 % “deficiente”. El NC relacionado a las medidas de prevención, muestra que 78,8 % conoce dichas medidas. Un 95,7 % respondió correctamente que el “VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección”, 41,8 % respondió incorrectamente que “no hay forma de protegerse contra el VIH”. En el D.F. en la UNAM las conclusiones de los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas. (3,4,5).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33, en el año 2003 se realizo un estudio sobre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para VIH-SIDA en los usuarios de 13 a 25 años de edad en el cual el nivel de conociendo sobre los factores de riesgo de VIH-SIDA en los jóvenes (8%) tienen un nivel excelente, 9(6.5%) tienen un nivel bueno de conocimientos. El rubro más dominante fue el nivel de conocimientos regular en donde se ubicaron 78 jóvenes (56.5%) por último se encontró que el nivel de conocimientos malo se ubicaron 39 jóvenes (29%⁹⁰) del total de encuestados. (11, 12, 13, 14,15).

Mi interés en realizar este estudio es debido a que en la UMF 33 “El Rosario” no hay estudios que muestren de forma actualizada la actitud sobre VIH/ SIDA de los adolescentes, de la cual surge la siguiente interrogante.

¿Cuáles son actitudes sobre VIH-SIDA en adolescentes del CCH Azcapotzalco?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el CCH Azcapotzalco del área de influencia a la Unidad de medicina familiar No. 33. Ubicado en avenida Aquiles Serdán 2060, exhacienda El Rosario, México DF.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prolectivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de muestra de 358 adolescentes, con el objetivo de evaluar latitudes sobre VIH/SIDA de los adolescentes que se encuentran inscritos y asisten al turno vespertino del CCH Azcapotzalco del área de influencia de la UMF No. 33. En el estudio participaron adolescentes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Alumnos inscritos en el CCH Azcapotzalco asistentes al turno vespertino, adolescentes de 15 a 19 años, que acepten participar en el estudio de investigación, aceptación de consentimiento informado a mayores de 18 años y autorización por padres de familia en los adolescentes de 15 a 17 años.

A los adolescentes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario con preguntas sobre actitud ante el VIH/SIDA. Previa visita a la unidades educativa, se solicitó a los directores y a los padres y/o representantes la autorización mediante consentimiento informado para la aplicación del instrumento de carácter confidencial y anónimo el cuestionario tipo Likert de veinte y tres (23) preguntas sobre el VIH/SIDA; modo de transmisión, prevención, aspectos éticos y morales entre otras; el cual fue elaborado por los investigadores y sometido a validación de expertos. Las preguntas tienen cada una cinco opciones de respuesta que van desde el total acuerdo al total desacuerdo con el reactivo propuesto. La puntuación asignada a cada ítem, en función de su direccionalidad es de 5 a 1 (5 para el total acuerdo y 1 para el total desacuerdo) para los ítems No 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15 y 21: y de 1 a 5 (1 para el total acuerdo y 5 para el total desacuerdo) para los ítems No 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20. Los dos extremos de la puntuación de la escala están constituidos por una puntuación máxima de 105, que indica las actitudes más positivas; y una puntuación mínima de 21, que indica las actitudes más negativas y prejuiciosas. El instrumento fue aplicado por los responsables de la investigación.

Para realizar el análisis de datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realización del cálculo de datos estadísticos descriptivos, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 358 adolescentes inscritos en el CCH Azcapotzalco perteneciente al área de influencia de la UMF 33 "El Rosario" de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

La distribución en base al género fue de la siguiente manera: hombres 153 que representan el 42.8% y 202 mujeres que representan el 57.2% teniendo mayor representación este género. (Tabla y Grafica No.1)

En cuanto a la edad de los adolescentes se presentó la siguiente distribución: de 15 años un total de 14 (3.8%) adolescentes, de 16 años un total de 60 (16.7%), de 17 años un total de 98(27.3%), adolescentes, de 18 años fueron 102 (28.4%) y adolescentes de 19 años un total de 84 (23.4%) adolescentes, siendo esta última la edad predominante. (Tabla y Grafica No.2)

Al haber evaluado la pregunta que correspondió a "El SIDA no afecta a las personas heterosexuales" los resultados fueron que 3 (1.1%) adolescentes están en total acuerdo, 5 (1.5%) están de acuerdo, 1(0.4%) ni acuerdo ni desacuerdo, 12 (3.4%) están en desacuerdo y 335 (93.6%) totalmente en desacuerdo. (Tabla y Grafica No. 3).

En cuanto a la evaluación de la pregunta "Los fetos contagiados con el virus del SIDA deberían abortarse" fue la siguiente; 14(4.1%) están en total acuerdo, 49 (13.9%) están de acuerdo, 119 (33.3%) ni acuerdo ni desacuerdo, 68 (19.5%) están en desacuerdo y 104 (29.2%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No. 4).

Las respuestas para la pregunta "No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del SIDA utilicen restaurantes y bares públicos" fueron las siguientes; 249 (69.7%) están en total acuerdo, 65 (18.4%) están de acuerdo, 13 (3.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 17 (4.9%) están en desacuerdo y 12 (3.4%) están en totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.5).

Las respuestas para la pregunta "No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas" fueron las siguientes 46 (13.1%) están en total acuerdo, 53 (15%) están de acuerdo, 81 (22.8%) ni acuerdo ni desacuerdo, 76 (21.3%) están en desacuerdo y 99 (27.7%) están en totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.6).

Las respuestas para la pregunta "El SIDA es un problema de todos" fue la siguiente 292 (81.6%) están en total acuerdo, 26 (7.5%) están de acuerdo, 9 (2.6%) ni acuerdo ni desacuerdo, 12 (3.4%) están en desacuerdo y 17 (4.9%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.7).

Las respuestas para la pregunta "La atención continuada a un enfermo de SIDA es sinónimo de contagio" fueron las siguientes 10 (3%) están en total acuerdo, 10 (3%) están de acuerdo, 12 (3.4%) ni acuerdo ni desacuerdo, 50 (14.2%) están en desacuerdo y 273 (76.4%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.8)

Las respuestas para la pregunta “portador del virus del SIDA tiene derecho a que se le guarde el secreto médico de su diagnóstico” fueron las siguientes 206 (57.7%) están en total acuerdo, 72 (20%) están de acuerdo, 20 (5.6%) ni acuerdo ni desacuerdo, 33 (9.4%) están en desacuerdo y 25 (7.1%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.9)

Las respuestas para la pregunta “las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del SIDA” fueron las siguientes 103 (28.2%) están en total acuerdo, 104 (29.2%) están de acuerdo, 28 (7.9%) ni acuerdo ni desacuerdo, 69 (19.5%) están en desacuerdo y 52 (14.6%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.10)

Las respuestas para la pregunta “Los enfermos de SIDA deben de ser aislados del resto de los enfermos” fueron las siguientes 22 (6.4%) están en total acuerdo, 29 (8.2%) están de acuerdo, 14 (4.1%) ni acuerdo ni desacuerdo, 64 (18%) están en desacuerdo y 226 (63.3%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.11)

Las respuestas para la pregunta “El seropositivo debe de ser identificado como tal” fueron las siguientes; 55 (15.4%) están en total acuerdo, 46 (13.1%) están de acuerdo, 65 (18.4%) ni acuerdo ni desacuerdo, 69 (19.5%) están en desacuerdo y 120 (33.7%) están totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.12)

Las respuestas para la pregunta “El portador del virus del SIDA no debe de ser obstáculo para acceder a la educación y al empleo” fueron las siguientes 288(80.5%) están en total acuerdo, 32 (9%) están de acuerdo, 2 (0.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 13 (3.7%) están en desacuerdo y 21 (6%)están totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.13).

Las respuestas para la pregunta “deberían crearse hospitales específicos para enfermos de SIDA y portadores” fueron las siguientes 59(16.5%) están en total acuerdo, 76 (21.3%) están de acuerdo, 2 (0.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 13 (3.7%) están en desacuerdo y 21 (6%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.14)

Las respuestas para la pregunta “el SIDA es la mayor plaga de nuestro tiempo” fueron las siguientes 97(27.3%) están en total acuerdo, 105 (29.6%) están de acuerdo, 66 (18.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 49 (13.9%) están en desacuerdo y 37 (10.5%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.15)

Las respuestas para la pregunta “enfermo de sida debe de ser considerado una víctima del sistema social” fueron las siguientes 26(7.5%) están en total acuerdo, 42 (12%) están de acuerdo, 83 (23.2%) ni acuerdo ni desacuerdo, 93 (26.2%) están en desacuerdo y 111 (31.1%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.16)

Las respuestas para la pregunta “el ser portador del virus del SIDA no debería ser impedimento para poder adoptar un niño” fueron las siguientes 124 (35.5%) están en total acuerdo, 80(22.5%) están de acuerdo, 45 (12.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 60 (16.9%) están en desacuerdo y 44 (12.4%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Gráfica No.17)

Las respuestas para la pregunta “en el hospital un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada” fueron las siguientes; 21(6.7%) están en total acuerdo, 30 (8.6%) están de acuerdo, 33 (9.4%) ni acuerdo ni desacuerdo, 83 (23.2%) están en desacuerdo y 186 (52.1%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No. 18)

Las respuestas para la pregunta “No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del SIDA” fueron las siguientes 14(4.1%) están en total acuerdo, 25 (7.1%) están de acuerdo, 40 (11.2%) ni acuerdo ni desacuerdo, 65(18.4%) están en desacuerdo y 211 (59.2%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.19)

Las respuestas para la pregunta “niños portadores del virus del SIDA deberían acudir a clases especiales” fueron las siguientes; 13(3.7%) están en total acuerdo, 7 (2.2%) están de acuerdo, 23 (6.7%) ni acuerdo ni desacuerdo, 69 (19.5%) están en desacuerdo y 242 (67.8%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.20)

Las respuestas para la pregunta “Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos del SIDA y portadores” fueron las siguientes; 23(6.7%) están en total acuerdo, 17 (4.9%) están de acuerdo, 17(4.9%) ni acuerdo ni desacuerdo, 80 (22.5%) están en desacuerdo y 216 (61%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.21)

Las respuestas para la pregunta “Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos usar guantes” fueron las siguientes 50(14.2%) están en total acuerdo, 44 (12.4%) están de acuerdo, 22 (6.4%) ni acuerdo ni desacuerdo, 77 (21.7%) están en desacuerdo y 162 (45.3%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.22)

Las respuestas para la pregunta “la Prueba del SIDA debe de ser voluntaria y anónima” fueron las siguientes 198(55.4%) están en total acuerdo, 60 (16.9%) están de acuerdo, 32 (9%) ni acuerdo ni desacuerdo, 37 (10.5%) están en desacuerdo y 29 (8.2%) totalmente en desacuerdo (Tabla y Grafica No.23)

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1

Distribución por género de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino

GENERO	Número de adolescentes	Porcentaje
Hombres	153	42.8 %
Mujeres	202	57.2 %

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICA 1



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 2

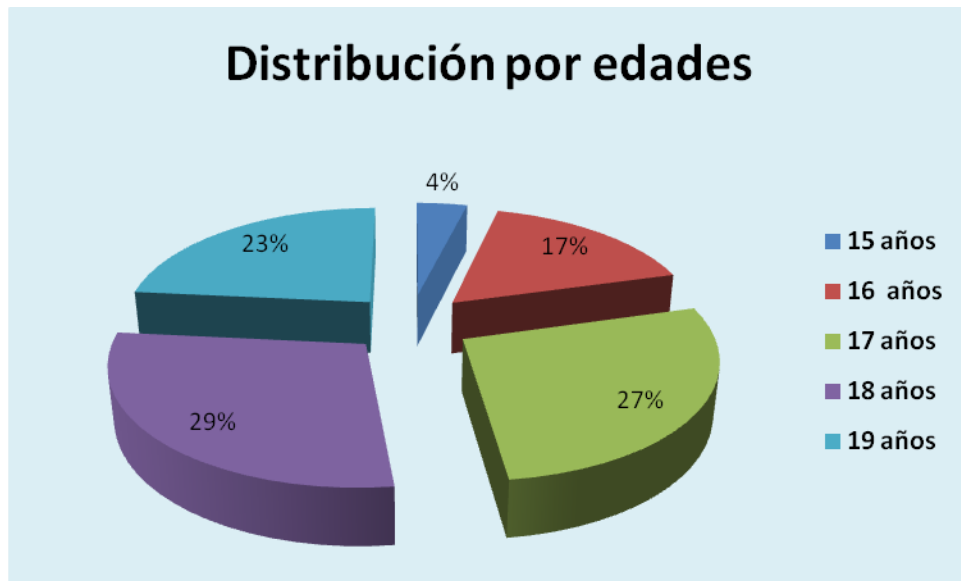
Distribución por edad de los adolescentes del CCH Azcapotzalco turno Vespertino

EDAD	Número de adolescentes	Porcentaje
15 años	14	3.8 %
16 años	60	16.7 %
17 años	98	27.37%
18 años	102	28.49%
19 años	84	23.4%

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICA 2

Distribución edad de los adolescentes de las secundarias publicas del área de influencia a la UMF 33



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 3

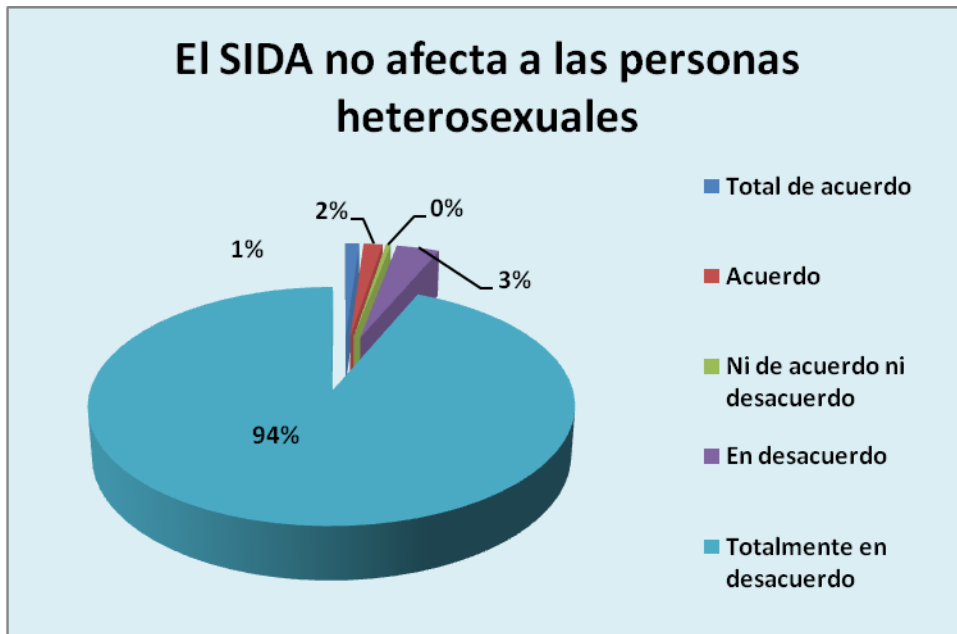
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El SIDA no afecta a las personas heterosexuales	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	1.1%	3.9
Acuerdo	1.5%	5.3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	0.4%	1.4
En desacuerdo	3.4%	12.1
Totalmente en desacuerdo	93.6%	335

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 3

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 4

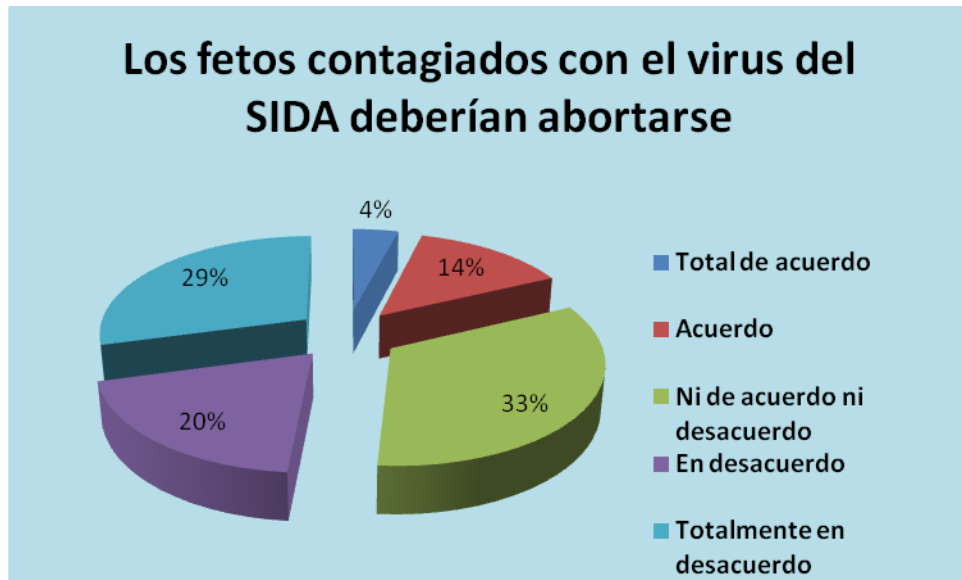
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Los fetos contagiados con el virus del SIDA deberían abortarse	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	4.1%	14.6
Acuerdo	13.9%	49.7
Ni de acuerdo ni desacuerdo	33.3%	119.2
En desacuerdo	19.5%	68.8
Totalmente en desacuerdo	29.2%	104.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 4

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 5

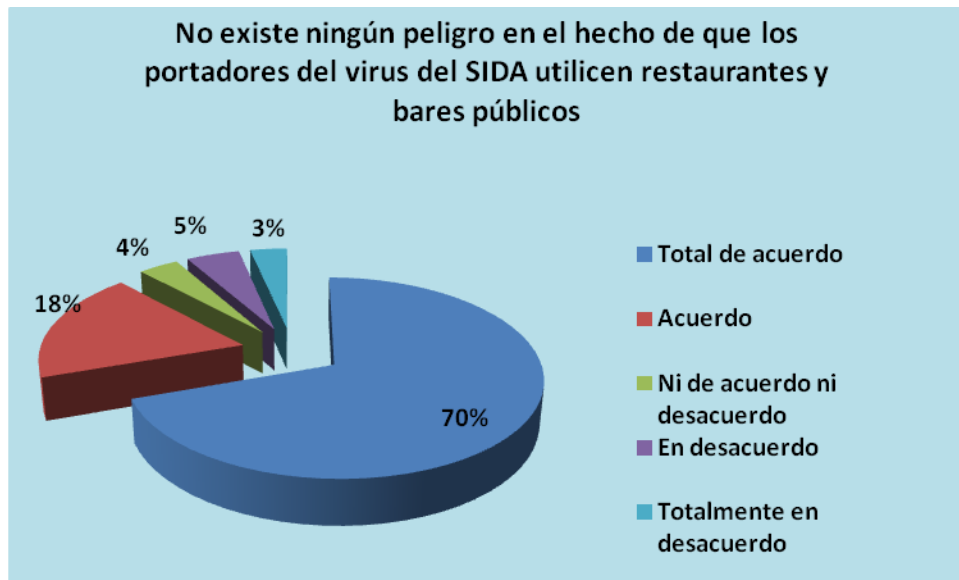
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

	Porcentaje	Número de adolescentes
No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del SIDA utilicen restaurantes y bares públicos		
Total de acuerdo	69.7%	249.5
Acuerdo	18.4%	65.87
Ni de acuerdo ni desacuerdo	3.7%	13.2
En desacuerdo	4.9%	17.5
Totalmente en desacuerdo	3.4%	12.1

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 5

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 6

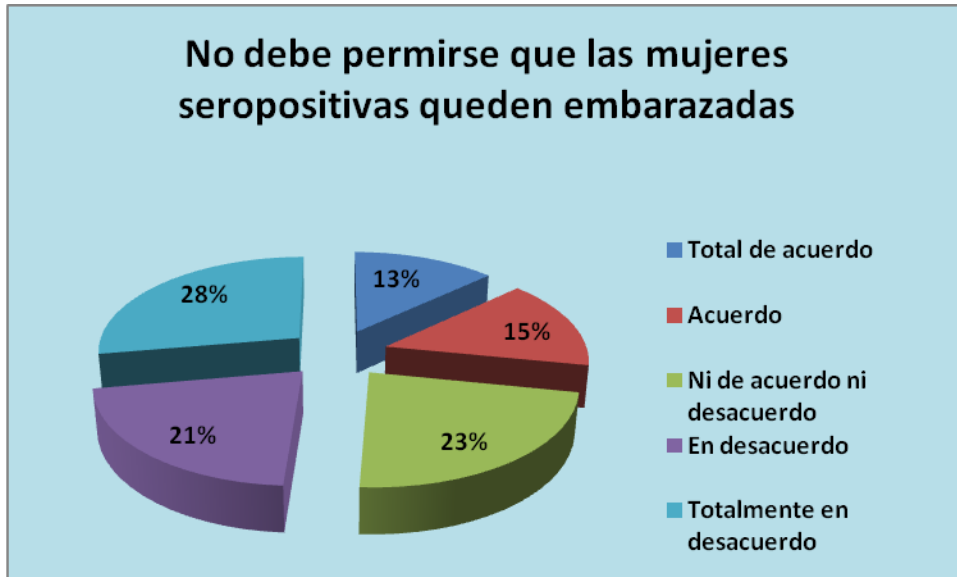
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	13.1%	46.8
Acuerdo	15%	53.7
Ni de acuerdo ni desacuerdo	22.8%	81.6
En desacuerdo	21.3%	76.2
Totalmente en desacuerdo	27.7%	99.1

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 6

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 7

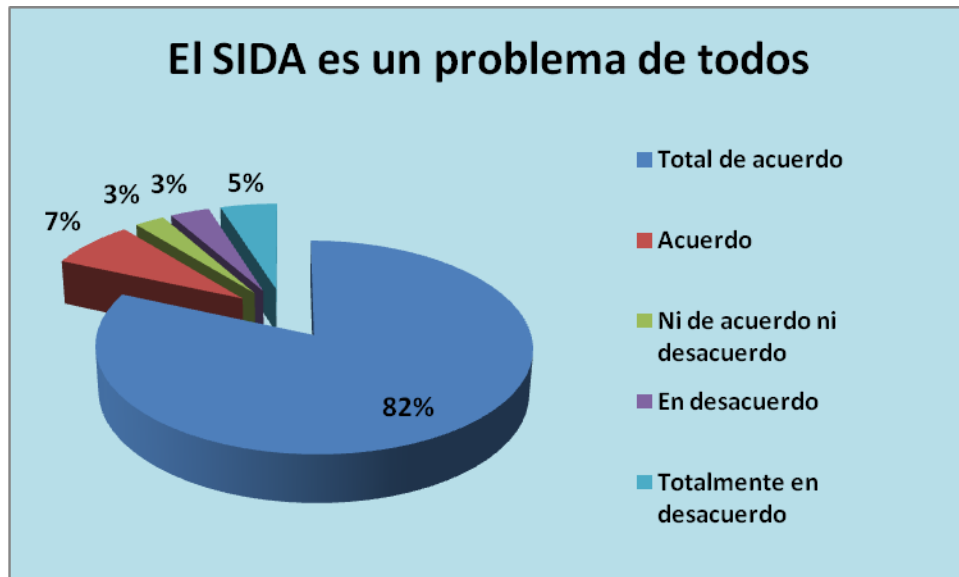
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El SIDA es un problema de todos	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	81.6%	292.1
Acuerdo	7.5%	26.8
Ni de acuerdo ni desacuerdo	2.6%	9.3
En desacuerdo	3.4%	12.1
Totalmente en desacuerdo	4.9%	17.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 7

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 8

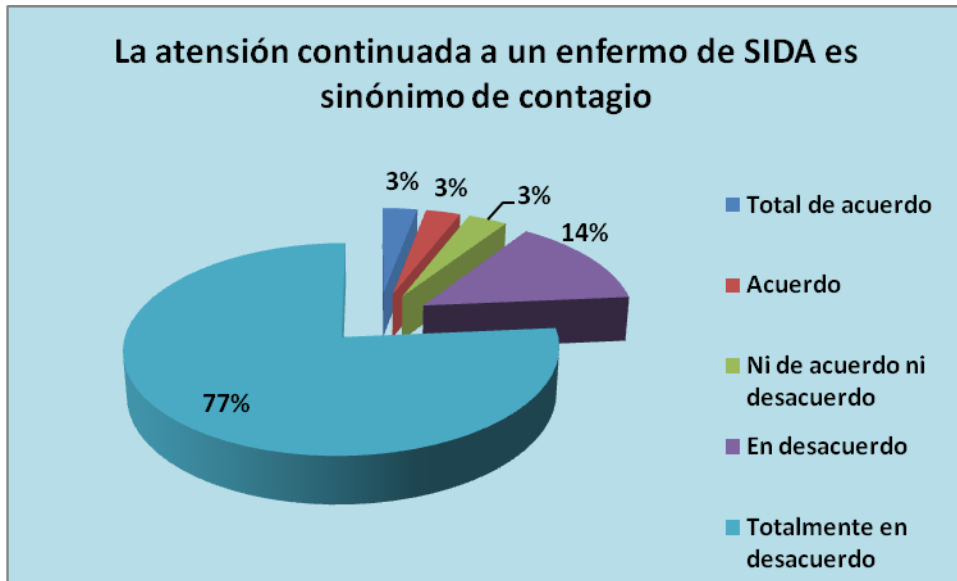
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

La atención continuada a un enfermo de SIDA es sinónimo de contagio	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	3%	10.7
Acuerdo	3%	10.7
Ni de acuerdo ni desacuerdo	3.4%	12.1
En desacuerdo	14.2%	50.8
Totalmente en desacuerdo	76.4%	273.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 8

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 9

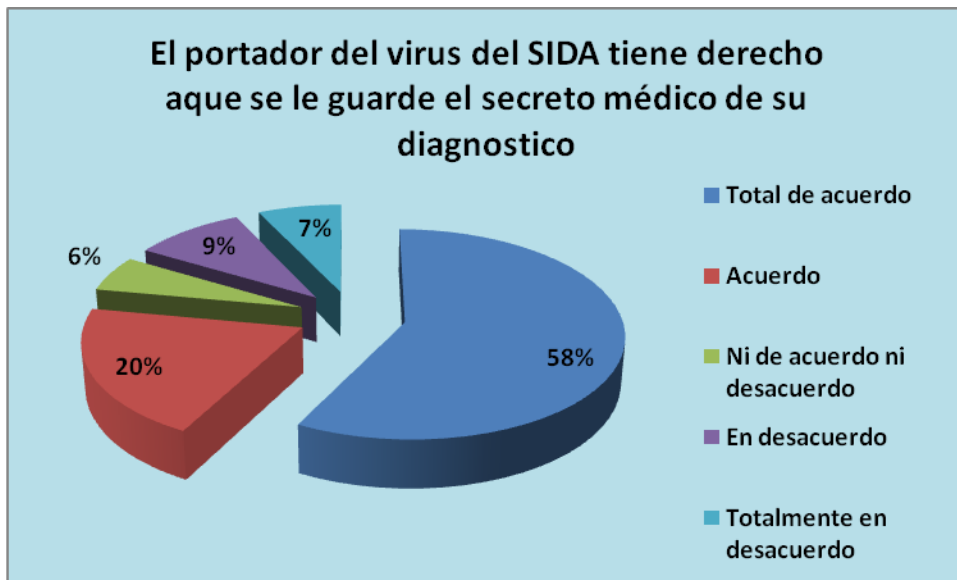
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El Portador del virus del SIDA tiene derecho a que se le guarde el secreto médico de su diagnóstico	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	57.7%	206.5
Acuerdo	20.2%	72.3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	5.6%	20
En desacuerdo	9.4%	33.6
Totalmente en desacuerdo	7.1%	25.4

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 9

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 10

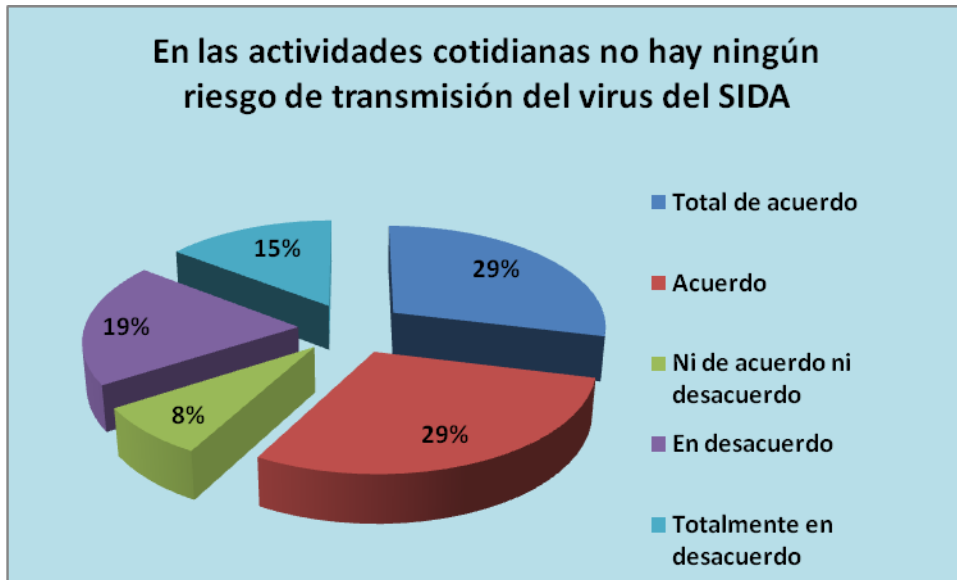
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

En las actividades cotidianas no hay riesgo de la transmisión del virus del SIDA	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	28.8%	103.1
Acuerdo	29.2%	104.5
Ni de acuerdo ni desacuerdo	7.9%	28.2
En desacuerdo	19.5%	69.8
Totalmente en desacuerdo	14.6%	52.2

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 10

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 11

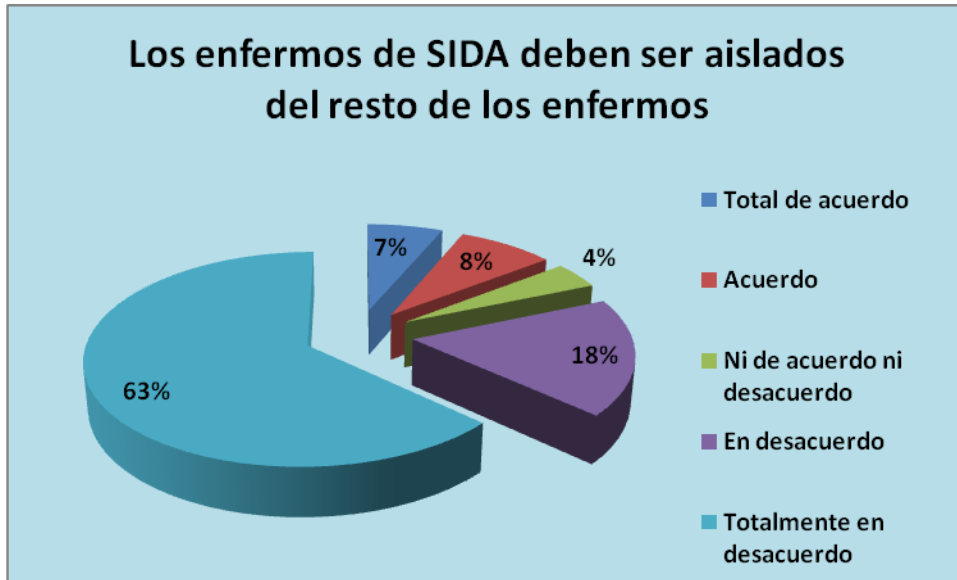
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Los enfermos de SIDA deben de ser aislados del resto de los enfermos	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	6.4%	22.9
Acuerdo	8.2%	29.3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	4.1%	14.6
En desacuerdo	18%	64.4
Totalmente en desacuerdo	63.3%	226.6

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 11

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 12

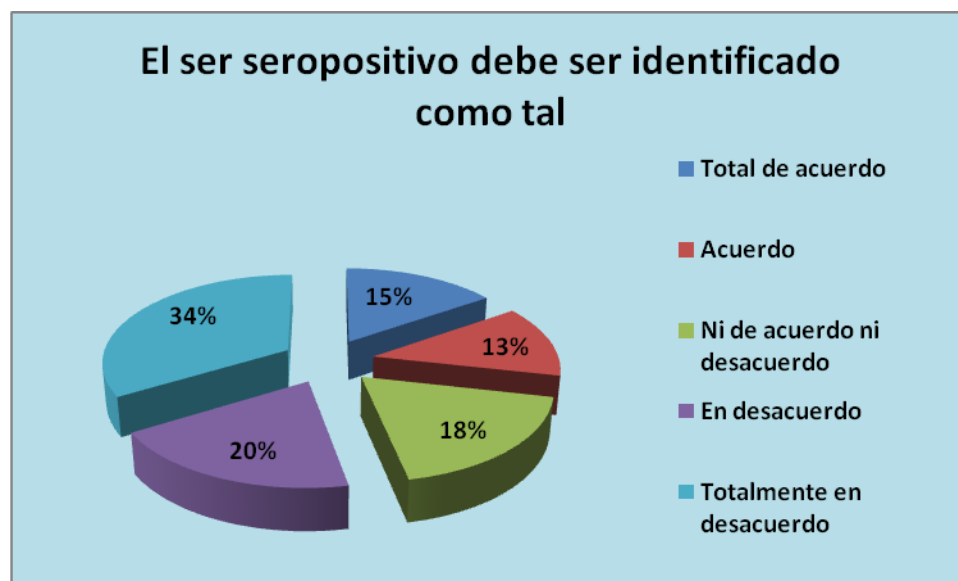
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El seropositivo debe de ser identificado como tal	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	15.4%	55.1
Acuerdo	13.1%	46.8
Ni de acuerdo ni desacuerdo	18.4%	65.8
En desacuerdo	19.5%	69.8
Totalmente en desacuerdo	33.7%	120.6

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 12

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 13

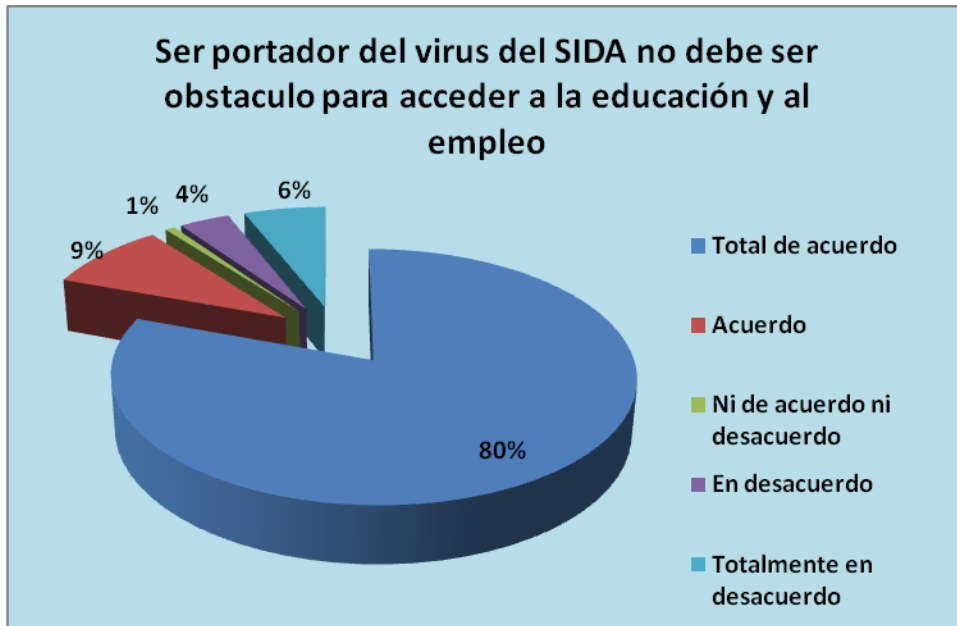
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Ser portador del virus del SIDA no debe de ser obstáculo para acceder a la educación y al empleo	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	80.5%	288.1
Acuerdo	9%	32.2
Ni de acuerdo ni desacuerdo	0.7%	2.5
En desacuerdo	3.7%	13.2
Totalmente en desacuerdo	6%	21.4

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 13

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 14

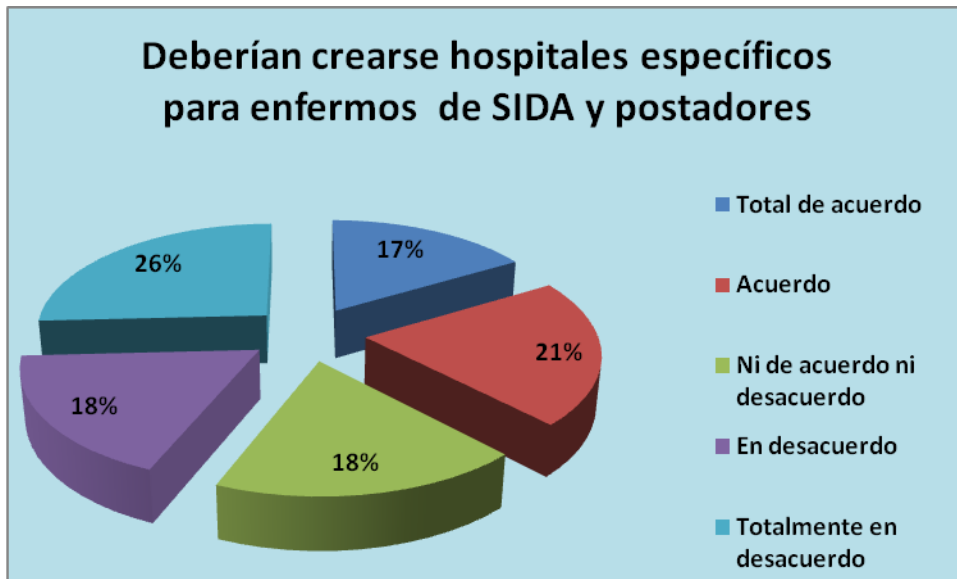
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de SIDA y portadores	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	16.5%	59
Acuerdo	21.3%	76.2
Ni de acuerdo ni desacuerdo	18.4%	65.8
En desacuerdo	18%	64.4
Totalmente en desacuerdo	25.8%	92.3

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 14

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 15

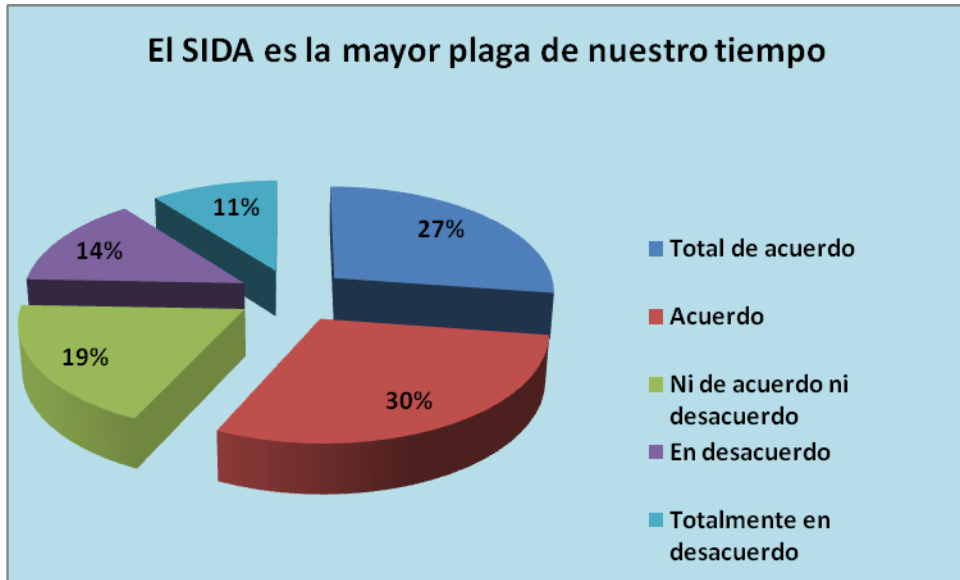
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El SIDA es la mayor plaga de nuestro tiempo	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	27.3%	97.7
Acuerdo	29.6%	105.9
Ni de acuerdo ni desacuerdo	18.7%	66.9
En desacuerdo	13.9%	49.7
Totalmente en desacuerdo	10.5%	37.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 15

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 16

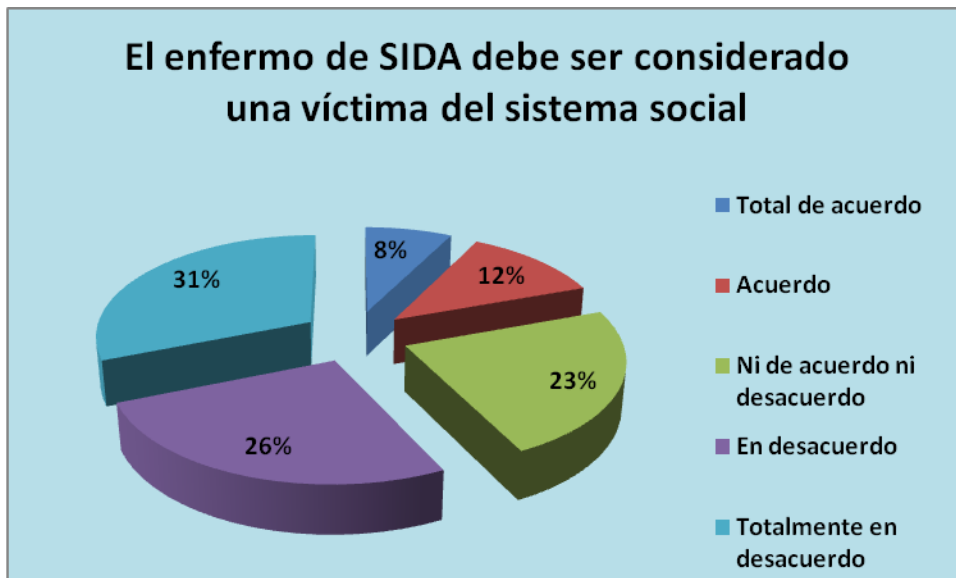
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

El enfermo de sida debe de ser considerado una víctima del sistema social	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	7.5%	26.8
Acuerdo	12%	42.9
Ni de acuerdo ni desacuerdo	23.2%	83
En desacuerdo	26.2%	93.7
Totalmente en desacuerdo	31.1%	111.3

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 16

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 17

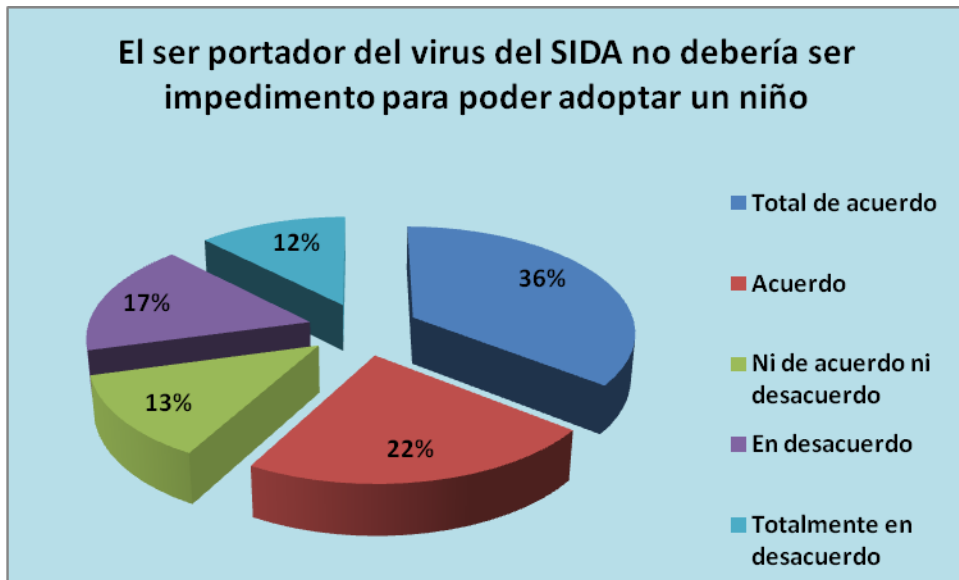
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

	Porcentaje	Número de adolescentes
El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño		
Total de acuerdo	35.6%	124.4
Acuerdo	22.5%	80.5
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12.7%	45.4
En desacuerdo	16.9%	60.5
Totalmente en desacuerdo	12.4%	44.3

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 17

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 18

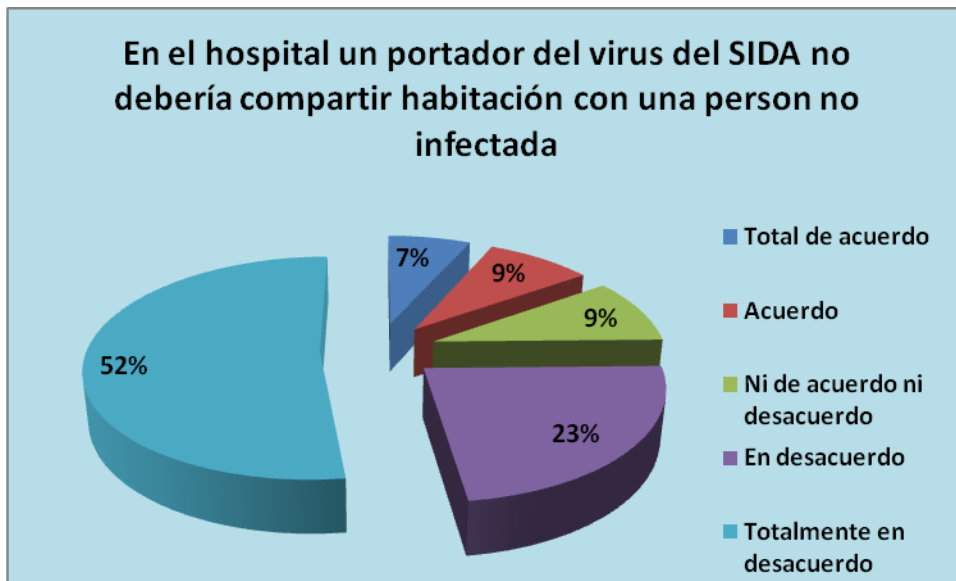
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

En el hospital un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	6.7%	21.8
Acuerdo	8.6%	30.7
Ni de acuerdo ni desacuerdo	9.4%	33.6
En desacuerdo	23.2%	83
Totalmente en desacuerdo	52.1%	186.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 18

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 19

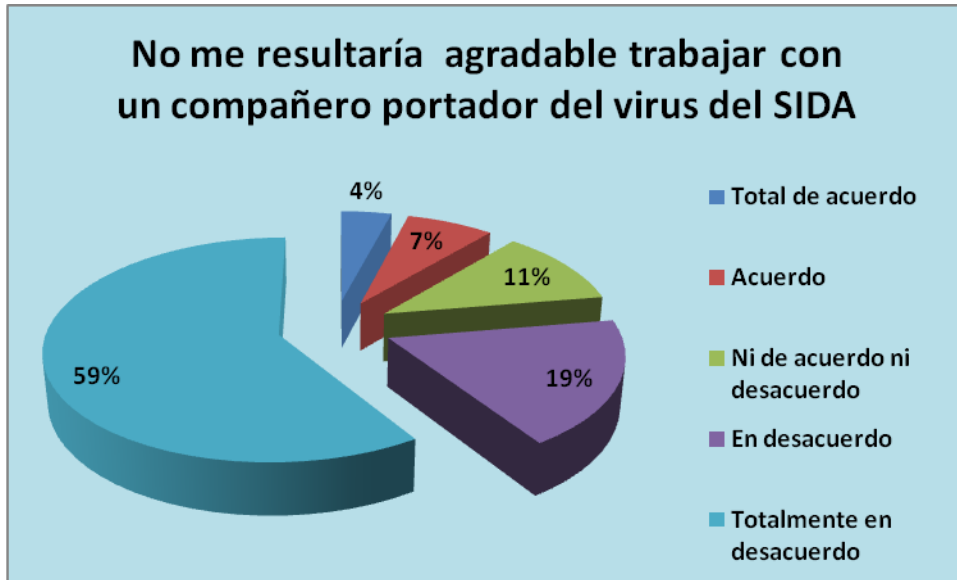
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del SIDA	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	4.1%	14.6
Acuerdo	7.1%	25.4
Ni de acuerdo ni desacuerdo	11.2%	40
En desacuerdo	18.4%	65.3
Totalmente en desacuerdo	59.2%	211.9

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO19

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 20

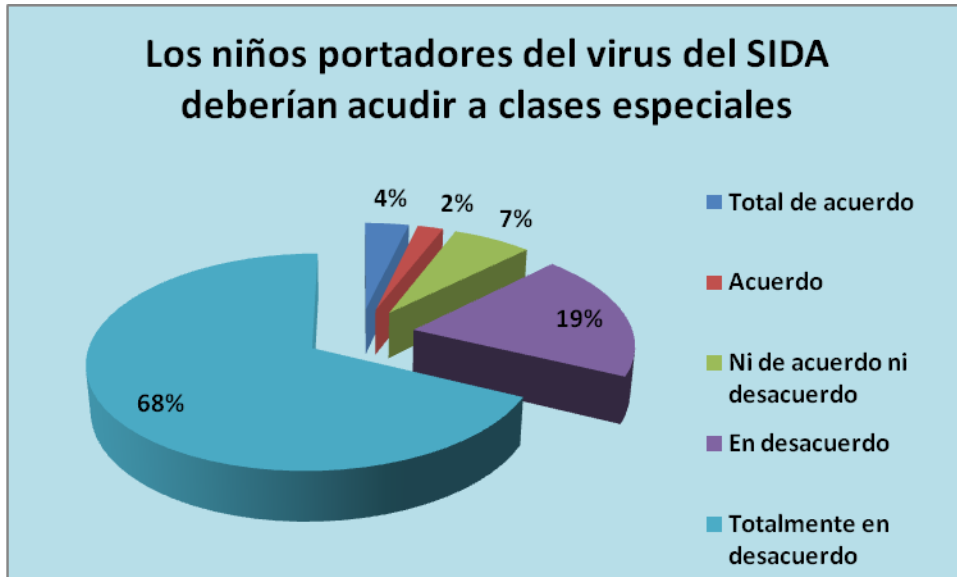
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Los niños portadores del virus del SIDA deberían acudir a clases especiales	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	3.7%	13.2
Acuerdo	2.2%	7.8
Ni de acuerdo ni desacuerdo	6.7%	23.9
En desacuerdo	19.5%	69.81
Totalmente en desacuerdo	67.8%	242.7

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 20

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 21

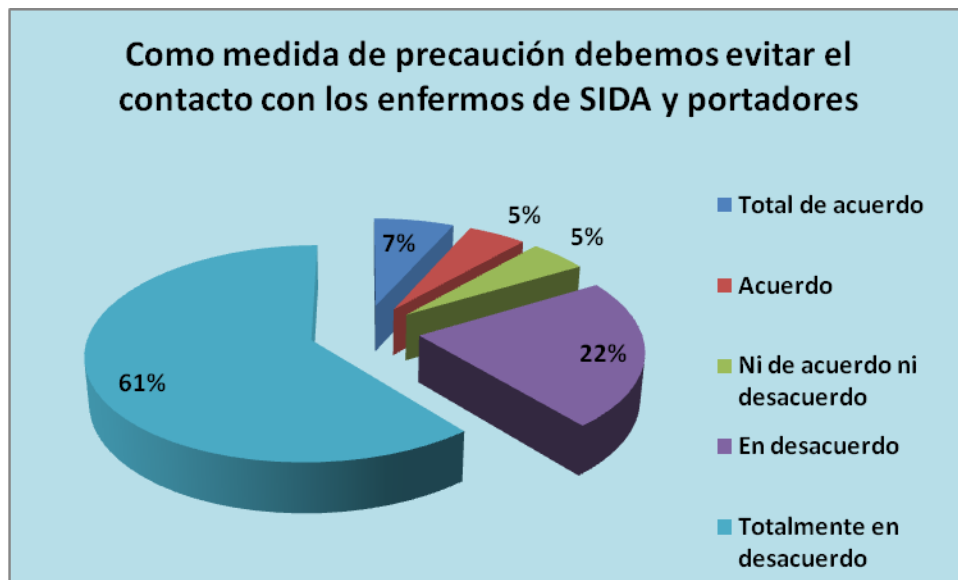
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos del SIDA y portadores	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	6.7%	23.9
Acuerdo	4.9%	17.5
Ni de acuerdo ni desacuerdo	4.9%	17.5
En desacuerdo	22.5%	80.5
Totalmente en desacuerdo	61%	216.5

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 21

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 22

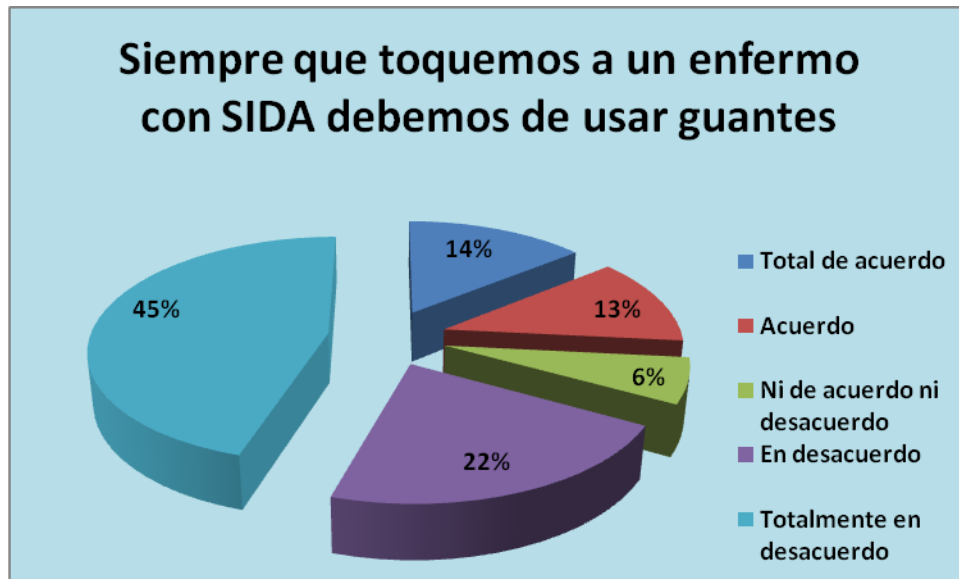
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos usar guantes	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	14.2%	50.8
Acuerdo	12.4%	44.3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	6.4%	22.9
En desacuerdo	21.7%	77.6
Totalmente en desacuerdo	45.3%	162.1

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 22

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

TABLA 23

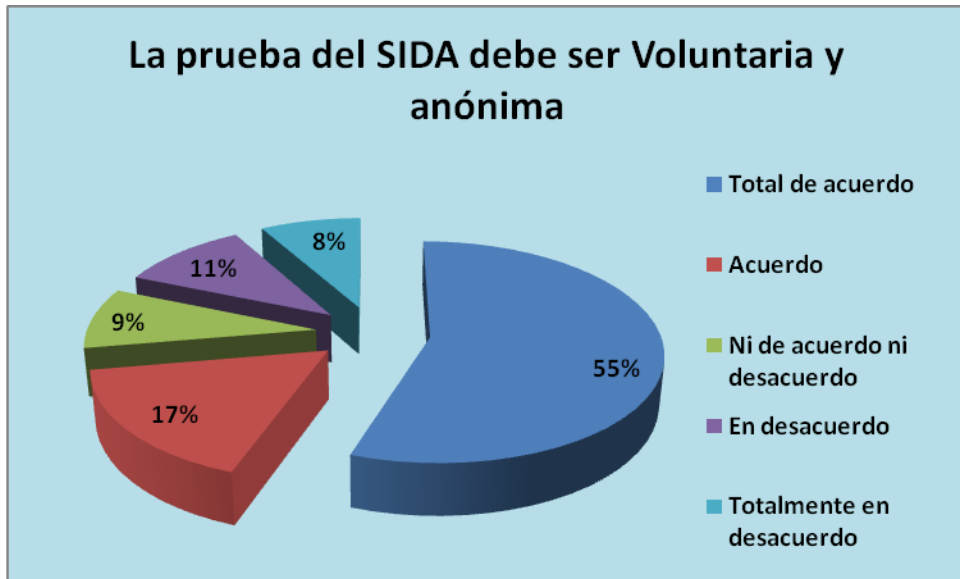
Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA

La prueba del SIDA debe de ser voluntaria y anónima	Porcentaje	Número de adolescentes
Total de acuerdo	55.4%	198.3
Acuerdo	16.9%	60.5
Ni de acuerdo ni desacuerdo	9%	32.2
En desacuerdo	10.5%	37.2
Totalmente en desacuerdo	8.2%	29.3

Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

GRAFICO 23

Actitudes de los adolescentes del CCH Azcapotzalco del turno vespertino frente al VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre actitudes ante VIH-SIDA

DISCUSIÓN

En el presente estudio se conocieron las actitudes ante el VIH/SIDA que tienen los adolescentes del CCH Azcapotzalco, utilizando un cuestionario diseñado y validado para este fin.

Del análisis de los resultados cabe destacar, en primer lugar, el hecho de que, en contra de lo esperado, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes ni por género ni edad.

Las medias obtenidas en las respuestas, son prácticamente iguales y todas ellas superiores a la puntuación de 80. Con este resultado, a priori, podríamos concluir que la actitud de los estudiantes de los adolescentes ante los enfermos y portadores de SIDA es moderadamente favorable, teniendo en cuenta que la puntuación máxima, que representa la actitud más positiva, se sitúa en los 105 puntos sobre el VIH/SIDA.

En primer lugar, podemos destacar el hecho de que el 94% de la población de alumnos tiene conocimiento de que la enfermedad ya no se encuentra estereotipada en un grupo atareó como el de los homosexuales, prostitutas y drogadictos (ítem 3).

Se observo lo esperado en cuanto los principios y valores sobre preguntas como el derecho a la vida la cual presento una variación muy amplia en sus respuestas coincidiendo la mayoría (33%) en un estado neutro (ítem 4) obteniéndose respuestas similares en los ítems 6,14, 15, 16, 17 y 20.

Se ve reflejada la concientización externa de los adolescentes al considerar la enfermedad que es una patología en la cual el adolescente se hace parte de ello y lo refleja el 90% de la población al no quedarse indiferente hacia esta situación (ítem 7).

Entre un 20 y un 25% de los estudiantes no tienen conocimiento claro que debe guardarse el secreto profesional cuando hablamos de un portador del VIH (ítem 9).

Aunque un 88% de alumnos refleja el conocimiento y los riesgos así como acciones que pueden provocar contagios es de mencionarse que un 12 % es significativo para analizar la falta de conocimiento sobre formas de transmisión del virus, ya que al no tenerse claras son direccionales a actitudes más negativas y discriminatorias (ítem 5, 8, 10, 11, 13 y 18).

Así mismo, aproximadamente el 28% también opinan que un enfermo con SIDA debe ser identificado como tal (ítem 12) volviendo nuevamente a que la falta de conocimiento sobre la vía de transmisión y situaciones de riesgo hacen que se deba identificar al paciente como tal, de no ser así no se tomaran precauciones si hablamos sobre acciones de alto riesgo. Se aprecian igual otros resultados en la misma línea que los obtenidos en otros estudios. Estos datos deberían hacernos reflexionar sobre el tipo de educación que están recibiendo nuestros estudiantes y sobre la necesidad de promover estrategias docentes que consigan una aproximación menos discriminatoria hacia los pacientes portadores de la enfermedad. Pero si hablamos de solo compartir trabajo solo un 78% no tiene prejuicios al tener un compañero de trabajo con la enfermedad (ítem 19).

Por otro lado, también llama la atención que un 20% de los alumnos opinen que, como medida de precaución, debería evitarse el contacto con los portadores del VIH y enfermos de SIDA (ítem 21), a la vez que casi un 40% del total de alumnos no tienen claro que en las actividades cotidianas no existe riesgo de contagio (ítem 10).

Evidentemente, esto conlleva la creencia que el riesgo aumentará considerablemente en el contacto directo con el individuo que sea portador. Otro ítem que merece comentarse es el que hace referencia a la necesidad de llevar guantes siempre que se tenga contacto directo con un enfermo con SIDA (ítem 22).

Se puede pensar que la falta de conocimiento así como del no tener contacto directo ni trato con alguien que padezca la enfermedad limita las actitudes ya que se observa que a mayor número de experiencias que presenta la población presentan más conocimiento sobre el riesgo de contagio por el simple hecho de mantener contacto físico con una persona con la enfermedad, aspecto que se ve limitado en los adolescentes. Y por último comentar que el 72% de la población respeta la autonomía y la privacidad en la gran mayoría por empatía (ítem 23).

CONCLUSIONES

La infección del VIH está incrementándose más rápido entre jóvenes menores de 22 años, por lo que el conocimiento de las medidas de prevención y control sobre el VIH/SIDA es importante en esta población a riesgo. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hacen de los adolescentes una población con mayor riesgo de contraer VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar. Esta situación se observa reflejada en las actitudes de los adolescentes los cuales reaccionan con temor hacia las personas que se conocer portadoras de la enfermedad, si a este miedo se le agrega ignorancia y factores socioculturales o religiosos, propician a que la población adolescente presenten actitudes muy variables, directamente proporcional a la madurez educación y experiencias personales.

Los resultados de la presente investigación demuestran que los adolescentes del CCH Azcapotzalco del área de influencia de la UMF 33 presentan en general un nivel de actitud ante los enfermos y portadores de SIDA moderadamente favorable, ya que las medias obtenidas en las respuestas, son prácticamente iguales y todas ellas superiores a la puntuación de 80.

Los resultados obtenidos de la presente investigación plantean la necesidad de una reflexión profunda acerca de las estrategias docentes más adecuadas que debemos utilizar en la modificación positiva de las actitudes y creencias que presentan los estudiantes ante el VIH/SIDA. Diferentes estudios han comprobado que la aplicación de programas específicos reducen la ansiedad y el miedo al contagio de las personas que conviven con las personas con VIH/SIDA, a la vez que modifican los conocimientos sobre el tema.

SUGERENCIAS

- Implementar estrategias educativas para mejorar el nivel de conocimiento acerca del VIH-SIDA mediante videos educativos, la distribución de carteles y folletos y a la transmisión de una serie de comerciales en la radio.
- Preparación especial sobre el tema a maestros y padres de familia.
- Realizar visitas a centros o albergues donde hay pacientes que no tienen familia, para tener contacto y una experiencia más personal.
- Realizar un modulo en el CCH Azcapotzalco donde se brinde orientación confidencial.
- Envió al modulo de adolescentes de las UMF para orientación sobre el tema

BIBLIOGRAFIA

1. Cortés AA, García RR, Fullerat AR, Fuentes AJ. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. Rev. Cubana Med. Trop. 2000; 52 (1):48-54.
2. Ramos CT, Cantú MP. El VIH/SIDA y la adolescencia. Revista salud pública y nutrición.2003; 4 (4):2-6.
3. Caballero HR, Villaseñor SA. Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1):108-114.
4. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño-Secretaria de Salud. La Salud de adolescentes en cifras. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1):153-165.
5. Villaseñor SA, Caballero HR, Hidalgo SM, Santos PJ. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor en el uso del condón en adolescentes. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1):73-80.
6. Rasmussen CB, Hidalgo SM, Alfaro AN. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1):81-91.
7. Pineda LT, Ramos CM, Frias CM, Cantú MP. Encuesta sobre Salud Reproductiva en Estudiantes Adolescentes de Educación Media Superior en Monterrey, N. L. México Revista Salud Publica y Nutrición. 2000; 1 (4):54-61.
8. Maddaleno MP, Morello FE. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Méx. 2003; 45 (1):132-139.
9. Pineda LT, Ramos CM, Frias CM, Cantú MP. La interrelación familiar y la práctica de relaciones sexuales en adolescentes. Revista Salud Pública. 2001; 2 (1): 74-81.
10. Gayet CC, Rosas CG, Uribe PE. Con quién hablan los adolescentes mexicanos de SIDA. Salud Pública de Méx. 2000; 44 (1)122-128.
11. Soto FM. El modelo de creencias de salud. un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71(4).
12. Valdez C.E. La cara oculta del SIDA en Bolivia. Marzo. 2000.
13. Foreman PS. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. 2003. Consultado en www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AL/stigma-l.htm
14. Barron RA. Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/SIDA. Factores relacionados. Rev. Med. IMSS México 2000 mayo- junio 38(3): 203-09.

15. Jiménez JR. Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. Huelva 2004 Junio nº 6.
16. Tomas SJ. Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería ¿cuál es el papel de la formación académica? Educ. Med. Barcelona 2003 Abril- junio.6 (2)
17. ONUSIDA. Uganda: Discriminación y negación relacionados con el VIH y el SIDA. Ginebra suiza, mayo 2002.
18. Gutiérrez MC. Conocimientos, actitudes y prácticas por parte del personal de salud en el Hospital Dr. Roberto Calderón. Barcelona 2004
19. Fernández M.R. Hueto P.A. Rodríguez B.L. y Marcén A.C. ¿Qué miden las escalas de actitudes? *Ecosistemas* Mayo – Agosto 2003/2
20. Barberá GE. *Evaluación de la enseñanza, evaluación del aprendizaje*. Edebé. Barcelona 1999 19-20, 87-96.
21. Ramírez JA, González GM. Cavazos RJ. Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida. México 2006 Enero - Marzo 7(1).
22. Macchi ML, Benítez LS, Corvalan AN, Ortigoza DC. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista Chilena Pediatría*. 2008; 79 (2):206-217.
23. Micher CJ, Silva BJ. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México. *SIDA-ETS* 1997; 3 (3)68-72.
24. Navarro LE, Morath VR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.), 19: 14-24, 2004.
25. Díaz VC, Manrique GL, Galán RE, Apolaya SM. Conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. *Acta Med Per* 25(1) 2008 9-15.
26. Domeyko. Conocimiento y prácticas sexuales de riesgo, Santiago, Chile. Consultado el 06 de febrero del 2011, consultado en: <http://isis.dii.uchile.cl>
27. Rassetto, MJ; Herrera SM, Massa MR, Diseño de un cuestionario para identificar actitudes sobre HIV-SIDA. Facultad de Ciencias de la Educación- Universidad Nacional del Comahue. Argentina 2000, 28-40.
28. Hernández NM, Nivel de conocimiento en adolescentes. 2011 pag.39-41.
29. Tomas SJ. Actitud de enfermería ante el sida, Construcción de la escala de Likert. *Enfermería clínica*. 1999. 9(6) 145-250

Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ANEXO 1

Cuestionario anónimo y confidencia sobre VIH-SIDA actitudes en adolescentes.

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere según sus conocimientos.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

1. Edad: _____

2. Género: Femenino _____ Masculino _____

3. El SIDA no afecta a las personas heterosexuales

Total de acuerdo Acuerdo Ni de acuerdo ni desacuerdo En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

4. Los fetos contagiados con el virus del SIDA deberían abortarse

Total de acuerdo Acuerdo Ni de acuerdo ni desacuerdo En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

5. No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del SIDA utilicen restaurantes y bares públicos

Total de acuerdo Acuerdo Ni de acuerdo ni desacuerdo En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

6. No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

7. El SIDA es un problema de todos

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

8. La atención continuada a un enfermo de SIDA es sinónimo de contagio

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

9. El portador del virus del SIDA tiene derecho a que se le guarde el secreto médico de su diagnóstico

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

10. En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del SIDA

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

11. Los enfermos de SIDA deben de ser aislados del resto de los enfermos

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

12. El seropositivo debe de ser identificado como tal

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

13. Ser portador del virus del SIDA no debe de ser obstáculo para acceder a la educación y al empleo

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

14. Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de SIDA y portadores

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

15. El SIDA es la mayor plaga de nuestro tiempo

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

16. El enfermo de sida debe de ser considerado una víctima del sistema social

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

17. El ser portador del virus del SIDA no debería ser impedimento para poder adoptar un niño

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

18. En el hospital un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

19. No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del SIDA

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

20. Los niños portadores del virus del SIDA deberían acudir a clases especiales

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

21. Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos del SIDA y portadores

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

22. Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos usar guantes

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

23. La Prueba del SIDA debe de ser voluntaria y anónima

Total de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo			

ANEXO 2:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO

Fecha: _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado **“ACTITUDES SOBRE VIH-SIDA EN ADOLESCENTES DEL CCH AZCAPOTZALCO”**, inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número _____.

El objetivo del estudio es: Evaluar las actitudes sobre VIH/SIDA de los adolescentes que asisten al Colegio de Ciencia y Humanidades plantel Azcapotzalco.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder el cuestionario sobre las actitudes sobre VIH-SIDA. Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados no afectarán en lo absoluto mi integridad como persona y que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello afecte mi afiliación al instituto.

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

Nombre y firma

Nombre, firma y matrícula

TESTIGOS

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma.